Erlangen Lane Medical Library 1898

Ueber die

Dauererfolge der Totalexstirpation

bei Carcinoma uteri.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

von

Hermann Eller
aus Kleinfischlingen (Rheinpfalz).

Erlangen 1898.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Prof. Dr. Frommel.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0047

Schon früher wurde in einzelnen Fällen von Langenbeck, Santer, Recamier, Hennig u. a. Die Exstirpation des carcinomatös entarteten Uterus von der Scheide aus vorgenommen. Allein den wenigen dadurch erzielten Heilungen standen so zahlreiche unglückliche Operationen gegenüber, dass man fortgesetzten Versuchen mit den bisherigen, höchst ungenügenden Methoden nicht das Wort reden konnte.

Erst Freund war es vorbehalten, die Frage der Totalexstirpation des Uterus aus dem Stadium ziemlich roher empirischer Versuche auf eine wirklich wissenschaftliche Grundlage zu erheben. Im Jahre 1870 gab er eine neue Methode der Uterusexstirpation an und zwar wählte er den Weg durch die Bauchdecken. Allein die weitgehenden Erwartungen, die man an diese Operation knüpfte, konnten sich nicht erfüllen. Die ungünstigen Resultate wurden Anlass, die alte Santer-Recamier'sche Methode wieder aufzunehmen.

Der erste ausführlicher begründete neuere Vorschlag zur Totalexstirpation per vaginam stammt von Czerny. In ähnlicher Weise operierten dann Billroth, Schede und Schröder und zwar mit so entschiedenen Erfolg, dass die vaginale Methode den ersten Platz in der Behandlung des Gebärmutterkrebses errang, den sie auch heute noch behauptet.

Was nun die Frage betrifft nach dem heutzutage durch diese Operation erzielten Erfolge, so gewinnen wir das beste Urteil darüber durch andauernde Kontrole der operierten Frauen; wir erfahren die Resultate aus den von den verschiedenen Operateuren aufgestellten Statistiken.

Einen Beitrag zur Lösung der Frage über die Dauererfolge der Totalexstirpation bei Carcinoma uteri zu liefern, ist nun der Zweck vorliegender Arbeit, welche ihre Entstehung der Anregung des Herrn Prof. Dr. Frommel verdankt, dem ich auch an dieser Stelle meinen herzlichen Dank auszusprechen mir erlaube.

Im Jahre 1894 wurde schon eine Statistik aus der hiesigen Frauenklinik veröffentlicht. Dieselbe erstreckt sich über die Operationen vom Jahr 1887 d. h. von der Zeit an, da Herr Prof. Frommel die Leitung der hiesigen Frauenklinik übernahm, bis 1893. Alle diese Fälle wurden kontroliert und über die Operierten, die damals noch lebten, wurden von neuem Erkundigungen eingezogen. Ebenso wandten wir uns an die seit 1893 operierten Frauen. Alle wurden veranlasst, wenn möglich sich in der Klinik zu einer Untersuchung vorzustellen oder wenigstens eine ärztliche Meinungsäusserung über ihren Gesundheitszustand einzuschicken.

Es sind denn auch 17 Frauen in der Klinik selbst, einige von Aerzten untersucht worden. Natürlich fanden auch ziemlich viele Frauen, die absolut keine Beschwerden haben, keine Veranlassung, sich vorzustellen oder sich von einem Arzt untersuchen zu lassen. Nach ihren schriftlichen Berichten wurden die betreffenden nur dann als gesund bezeichnet, wenn sie sich durchaus wohl befanden und keinerlei örtliche Symptome zeigten.

Die Todesursache ist amtlich festgestellt und wo sie irgend zweifelhaft erschien, nachträglich vom behandelnden Arzt bestätigt bezw. richtig gestellt worden.

Die Auffindung des Wohnorts und Feststellung der Todesursache war oft recht mühsam und schwierig und nur möglich mit ausgedehntester Inanspruchnahme der Herren Aerzte, der Polizeibehörden und Gemeindeverwaltungen, die uns alle in danken swertester Weise entgegenkamen und behülflich waren.

Wenden wir uns nun zur Sache selbst. Von 1887—1897 kamen im Ganzen 402 Kranke mit Uteruscarcinom zur Be-

handlung. Bei 319 Frauen war das Carcinom nicht mehr operabel, bei 83 wurde die Radikaloperation vorgenommen. Das ergibt einen Prozentsatz von 20,6 % operabler Fälle. Die Höhe dieser Ziffer hängt im Wesentlichen ab von der Intelligenz der Bevölkerung, dem höheren oder geringeren Masse, in welchem dem Publikum gynäkologische Hilfe bereit steht und zuletzt von der Individualität des Operateurs.

Die Olshausen'sche Klinik hat bisher die günstigste Ziffer; sie hat 46 % operabler Fälle aufzuweisen und dabei verfährt Olshausen streng in der Auswahl. Fritsch hatte in Breslau 19,5 %, sein Nachfolger Küstner 22,8 %, v. Kèzmàrsky in Budapest nur 10 %, Pernice 25,5 %, Olshausen in seiner letzten Zeit in Halle ca. 30 %, sein Nachfolger Kaltenbach 40 %, Thorn in Magdeburg 35%. Aus diesen Zahlen lässt sich die Bedeutung jener Faktoren unschwer herauslesen.

Die in der hiesigen Klinik gemachten Operationen wurden in der weitaus grössten Anzahl der Fälle nach der vaginalen Methode, einige nach der von Freund und Zuckerkandl angegebenen Methode mit verschiedenen Modifikationen ausgeführt.

Der Operation ging nahezu in allen Fällen die Untersuchung in Narkose und genaue Abtastung des Beckenbindegewebes voran. In zweifelhaften Fällen half die mikroskopische Untersuchung ausgeschabter oder ausgeschnittener Schleimhautstücke zur Stellung einer sichern Diagnose.

Die Operation selbst wurde folgendermassen ausgeführt: Patientin wird in Steissrückenlage gebracht, Scheide und Operationsfeld mit Wasser und Seife, alsdann mit Alkohol und Sublimat gründlich desinfiziert. Dabei wird hauptsächlich auf die Desinfektion des Carcinoms selber geachtet. Handelt es sich um irgendwie jauchende oder geschwürig zerfallene Neubildnugen, so werden dieselben mit dem scharfen Löffel abgekratzt und mit absolut desinfizierenden Lösungen abgerieben. Der Grund der Neubildungen wird mit dem Glüheisen verschorft. Bei Carcinomen des Uterus-

körpers wird die Desinfektion auch auf diesen selbst ausgedehnt. Damit während der Operation beim Anziehen des Uterus aus dem Cervix keine stinkenden Massen herausquellen, werden durch denselben mehrere Seidenfäden gelegt, die einerseits zum Verschluss, andererseits zum Herabziehen und Fixieren des Uterus dienen.

Ist die Scheide eng und unnachgiebig, so wird der Damm oder das ganze Scheidenrohr an einer oder beiden Seiten gespalten. Nach Freilegen der Portio und Herabziehen mit Museux'schen Zangen oder mit Seidenfäden, wird an der am leichtesten zugänglichen Stelle, gewöhnlich vorne, möglichst überall $1^1/_2$ bis 2 cm. von der Grenze des Krankhaften entfernt das Scheidengewölbe rings um den Cervix eröffnet, indem die seitlichen Scheidengewölbe mit breiten Hebeln freigelegt werden. Spritzende Arterien werden mit Klemmen gefasst oder umstochen. Ist vorn die Blase möglichst hoch hinaufpräpariert und der Cervix auch hinten und seitlich weit herauf aus dem Bindegewebe und der Scheidenschleimhaut gelöst, dann wird der gefässführende Teil der ligamenta lata mit einer Aneurysmanadel durchstochen. Ist die Ligatur geknotet, wird das abgebundne Stück mit einem Scheerenschnitt vom Cervix getrennt, darauf das nächst höhere Stück unterbunden. Ist dann der Cervix auf der einen Seite abgelöst, wird es auf der anderen Seite ebenso gemacht. Die ligg. lata werden in der Regel in situ, d. h. ohne weitere Lageveränderung des Uterus unterbunden. Nach fester Knotung wird das abgebundene Stück vom Uterus abgetrennt und man fährt so fort, bis die letzte Ligatur um Tuben und Ovarien gelegt ist. Ist die Abtrennung auf der einen Seite erfolgt, gleitet der Uterus gewöhnlich heraus, indem er nur noch am obern Teil der Anhänge der andern Seite hängt; dann wird die Abbindung dieses Restes der Anhänge vollendet.

In die grosse klaffende Peritonealwunde, in welche oft Därme und Netz vorkommen, wird ein angeseilter Gazetampon geschoben. Die ganze Wundhöhle wird jetzt freigelegt um überblicken zu können, ob irgendwo Blut durch-

sickert. Ist dies der Fall, wird die blutende Stelle in eine Klemme gefasst und umstochen. Oefter, besonders früher, erfolgte eine Ausspülung der ganzen Beckenbindegewebswunde.

Die Operationsstümpfe werden sodann in die seitlichen Wundränder hereingeleitet. Früher wurden auf beiden Seiten einige Nähte angelegt, die Mitte des Wundkanals blieb offen und wurde mit Jodoformgaze tamponiert, während in letzter Zeit nach Entfernung des angeseilten Schwammes durch die vordere Scheidenwand, beide Peritionealblätter und hintere Scheidenwand eine Catgutnaht gelegt wird, worauf eine Jodoformgazetamponade der Scheide erfolgt.

In 5 Fällen wurden die von Richelot empfohlenen Klammern zur Kompression der ligg. lata angewandt. Der Uterus wird von vorn und hinten abgelöst, die ligg. lata wurden in umfassende Klammern gelegt und nun wird der Uterus abgetrennt. Die Klammern werden dann nach 24 Stunden etwas gelockert, nach 48 Stunden abgenommen. Der Primärerfolg dieser Fälle war gut; 2 wurden rückfällig, 3 sind bis heute recidirfrei.

Hofmeier äussert sich über die Operation mit Klemmen folgendermassen: Im Allgemeinen hat das Verfahren in Deutschland ausser von Landau nicht viel Beifall gefunden, augenscheinlich, weil bei der ausgebildeten Technik der Operation kein erhebliches Bedürfnis dafür vorhanden ist. Doch ist die Anwendung von Klemmen, welche 48 Stunden liegen bleiben, bei schwer zu stillenden Blutungen aus den unterbundenen Stümpfen unter Umständen sehr bequem. Auch kann es bei ungewöhnlichen Schwierigkeiten bei der Unterbindung sehr angenehm sein, einzelne Teile der ligg. lata in dieser Weise zu versorgen.

In Kombination mit den oben geschilderten Verfahren kam in einigen Fällen die Freund'sche Methode zur Ausführung und zwar in der Weise, dass zuerst von der Scheide aus die Totalexstirpation begonnen wurde, jedoch durch unvorhergesehene Hindernisse dieses Vorhaben unterbrochen werden musste und man sich für die Laparotomie zur Vollendung der Operation entschied. Nur einmal war es um-

gekehrt der Fall, dass zuerst mit der Laparotomie begonnen wurde, jedoch wegen zu grosser Blutung die Operation per vaginam zu Ende geführt werden musste.

Die dritte hier angewandte Methode ist die von Zuckerkandl angegebne und von Frommel zuerst ausgeführte perineale Methode.

Eingeleitet wird dieses Verfahren durch Umschneiden des Scheidengewölbes und Lospräparieren der Blase wie bei der vaginalen Totalexstirpation. Sodann wird ein bogenförmiger Schnitt von einem Tuber ischii zum andern geführt, der Damm gespalten und auf stumpfem Weg zwischen Scheide und Mastdarm vorgedrungen. Ist man am Douglas angelangt, so wird eine breite Peritonealwunde angelegt. Hierauf wird, nachdem man mit der Hand in das Peritoneum eingegangen ist, der Uterns umgekippt und auf beiden Seiten abgebunden.

Wenden wir uns nun nach Schilderung der Operationsmethoden zu den einzelnen Fällen selbst, so erscheint es uns dringend notwendig zum bessern Verständnis Auszüge aus den Kranken- und Operationsberichten zu geben zugleich mit einer kurzen Angabe über den primären und den dauernden Erfolg. Dabei sind auch die schon früher beschriebenen Fälle mit aufgeführt, einmal, um die Sache zu einem abgeschlossenen Ganzen zu gestalten und dann, weil die Resultate von damals heute doch wesentlich anders erscheinen. Zur bessern Uebersicht und leichteren Orientierung soll das Ganze in Form einer Tabelle folgen.

(Siehe Tabelle I Seite 12.)

Wie sich aus der Tabelle ergibt, so trat das Carcinom fast immer unter den typischen Symptonen auf: unregelmäsige Blutungen, Ausfluss, zuweilen Schmerzen im Kreuz und im Leib, zunehmende Schwäche und Abmagerung.

Was das Alter der operierten Frauen betrifft, so ergibt sich ein Durchschnittsalter von 46,2 Jahren und zwar für die Collumkarcinome ein Durchschnitt von 43,6 Jahren. Die jüngste war 22, die älteste 69 Jahre alt. Für die Corpuskarcinome beträgt der Altersdurchschnitt 53,5 Jahre. Die

älteste war 73 Jahre alt und ist auch heute noch nach Jahren völlig gesund und recidivfrei. Die jüngste stand im 33. Lebensjahr.

In 63 Fällen handelte es sich um Collum-, in 20 Fällen um Corpuscarcinom. Die durch die Radikaloperation erzielten Erfolge sollen für beide Arten gesondert betrachtet werden und zwar getrennt in primäre und sogenannte Dauerresultate.

Tabelle I.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
1) Ko. B. 62 Jahre alt.	M. bestehen seit dem 13. Lebensjahre, stark, schmerzhaft. Menopause im 45. Jahre.	1 Partus vor 24 Jahren	—	Seit 2 Jahren unregelmässige Bl ungen. Befund: Ulcerationen der hint. Mut mundslippe. Cervix mit weichen Mass ausgefüllt. Corpus eigentümlich pra Gefühl, aber beweglich. Linke Anhä frei, rechts infiltrierte Partie vom U rus gegen die Beckenwand.
2) Sch. A. 33 J. alt.	M. seit dem 17. Lebensjahre, regelmässig.	multipar.	—	Seit $^1/_2$ Jahr atypische Blutungen, üb riechender Ausfluss. Ausschabung Uterus. Befund: Ut. am Corpus vergröss Lage normal, Anhänge normal; rech lig. rect. uterin-mässige Verdickung u Empfindlichkeit, die aber nicht als ca cinomatös angesprochen wird.
3) Pf. H. 29 J. alt.	M. seit dem 14. Jahre. Regelmässig 4—5 Tage alle 4 Wochen. Vor 1 Mon. letzte R.	1 Partus vor 12 J.	—	Seit 5 Monaten atypische Blutung Schwäche, Schmerzen im Kreuz. Befund: Port. vag. in einen klein apfelgrossen zerklüfteten Tumor ve wandelt. Vordere Muttermundslip noch intakt. Muttermund für 1 Fing durchgängig. Cervikalkanal ebenfal stark zerklüftet. Corp. ut. etwas ve grössert, retrovertiert, teilweise fixie doch aufrichtbar.
4) Br. M. 47 J. alt.	Aus der Anamnese nichts zu entnehmen.	—	—	Seit $^1/_4$ Jahr heftige unregelmässi Blutungen, übelriechender Ausflu Kreuzschmerzen. J. U.: Verdickung der Port. va Muttermund für 1 Finger durchgängi Im Cervikalkanal zottige Massen, leic blutend und in das vergrösserte Co sich fortsetzend. Parametrien nicht i filtriert.
5) Fr. R. 49 J. alt.	Menses stets regelmässig schwach. Menopause im 47. Lebensjahre.	4 normale Geburt., letzte vor 10 J.	—	Kurze Zeit nach Aufhören der reg mässigen Menstruation starke und hä fige Blutungen. J. U.: Port. vag. krebsig zerfall Corp. ut. starr, doch noch beweglic Bänder und Tuben scheinen frei.

Tabelle I.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
rc. adeomat. rp. ut.	Operation sehr schwierig. 14. V. 87. Wegen der Infiltration rechts wird das rechte lig. lat. 2 cm vom Ut. entfernt abgebunden. Beim Vernähen des Periton. Abgleiten einer Massenligatur; starke Blutung. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.	13. VI. 87 geheilt entlassen.	22. VII. 88 †. Todesursache unbekannt.
rc. corp. uteri.	Operation in typischer Weise durchgeführt; ohne Schwierigkeit. Wunde in der Mitte offen, mit Jodoform bestreut.	Geheilt entlassen.	Im Jahre 94 vollständig gesund und recidivfrei.
rc. port. ginalis.	Op. 10. II. 88. Entfernung der meist zerfallenen Partieen mit dem scharfen Löffel. Alsdann Exstirpation in typischer Weise; jedoch werden die gesunden Ovarien zurückgelassen. Blutung nicht stark. Tamponade mit Jodoformgaze. Wundverlauf ohne Störung. Am 18. II. werden die Nadeln entfernt.	4. III. 88 geheilt entlassen.	1. X. 88 faustgrosses Recidiv im linken Parametrium. 23. V. 89 †. Kachexie.
rc. corp. ut.	Op. 23. II. 88. Operation in typischer Weise. Eine Stelle links im Parametrium erscheint suspect. Peritonealhöhle bleibt offen. Blutung mässig stark. Heilung geht glatt von statten.		Daten über Entlassung etc. fehlen. Ueber weiteren Verlauf war nichts in Erfahrung zu bringen.
rc. cerv.	Op. 29. II. 88. Umschneidung und Zurückschieben der Blase. Auffindung des Douglas macht grosse Schwierigkeiten, es wird eine förmliche Höhle ins prorectale Gewebe gesetzt. Beim Abbinden auf der linken Seite schneidet jeder Faden an einer weichen brüchigen Stelle durch, sodass wohl carcinomatöses Gewebe im linken Parametrium zurückgelassen werden muss. Blutung steht völlig nach Herausnahme des vergr. Ut. Abdominalöffnung bleibt offen. Jodoformgazetamponade.	† an Peritonitis 5. III. 88.	

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden... Etwaige vorherige Behandlung. Befu...
6) H. A. 43 J. alt.	M. regelmässig bis vor 2 Jahren; seither unregelmässig.	4 spontane Geburten	—	Leib- und Kreuzschmerzen; starke ... tung und eitriger Ausfluss seit 1 J. ... J. U.: Im hinteren Scheidengewö... das von der Port. ausgehende, hühn... eigrosse, teilweise ulcerierte Carcin... mit schmalem Saume auf die Schei... übergreifend. Corp. ut. nicht vergr... sert, gut beweglich. Ligg. anscheine... ohne Infiltr.
7) M. M. 43 J. alt.	M. seit dem 15. J. regelm. bis vor $^1/_2$ J. 8—10 Tage, stark.	3 Geb. letzte vor 10 J.	—	Blutabgang seit $^3/_4$ Jahr; Schmerzen ... Rücken, weisser Fluss. Appetitlo... keit, starke Abmagerung. J. U.: 3 cm hinter dem Intr. v... höckeriges, an der Oberfl. zerfallen... von der hint. Mmlippe ausgehend... Cancroid. Corp. klein, beweglich. A... hänge ohne Infiltr.
8) Fr. K. 39 J alt.	Seit dem 16. J. alle 3 Wochen, spärlich. LetzteMenstr. vor 8 Wochen.	1 Part. vor 17 J.	—	Seit 3 Wochen Schmerzen im Kre... J. U.: Im hint. Scheidengew. taube... grosser, von der vord. Mmlippe a... gehender Tumor mit zerklüft. lei... blut. Oberfl. Hint. Mmlippe klein, C... vix schlank, Corp. ut. normal gro... bewegl. Parametrien frei.
9) Pei. A. 33 J. alt.	Seit dem 14. J. Anf. unregelmässig, später stets regelm.	4 Geb. letzte vor 4 J.	—	Brennender Schmerz im Leib, Blutu... Stuhldrang. Bef.: Port. verdickt. Aus dem M... ragt ein wallnussgrosser, von der C... vixschleimhaut ausgehender, ulceriert... leicht blutender Krebsknoten herv... an einer Stelle auf die hint. Lippe ü... mit schmalem Saum auf die Sche... übergehend. In den Parametrien nic... nachzuweisen.
10) W. B. 53 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig stark. Seit 7 M. cessiert.	3 Geb. zuletzt vor 10 J.	—	Weissl. schleimiger Ausfluss. Seit... Monaten kann Pat. den Urin nicht m... halten. J. U.: An Stelle der Port. gr. tief... die Scheide hineinragender Tum... leicht blutend. Hinten Uebergang ... die Scheide. Corpus ut. etwas v... grössert, leicht beweglich. Parametr... vom Carcinom noch nicht ergriffen

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
arc. port. vag.	Op. 2. III. 88. Operat. sehr schwierig und ungünstig. Starke Blutung beim Abbinden der l. Seite. Nach Entfernung des Uterus tropfenweise, kontinuierl. Blutung aus der linken Ecke. Kräftige Tamponade. Katheder mit Blut gefüllt, da wahrscheinlich die Blase verletzt wurde. Pat. kommt pulslos ins Bett, erholt sich gegen Abend. Aus der Scheide sickert fortwährend Blut.	3. III. Pat. stark collabiert. Puls klein, blutiger Urin. † an Verblutung.	—
arc. port. vag.	Op. 25. I. 89. Ut. in situ herausgenommen. Scheide gegen die Bauchhöhle teilweise offen. Drainage mit Jodoformgaze. Wundverlauf gut.	14. II. Pat. geheilt entlassen.	24.II. Recidiv. † Nov. 1890.
arc. port. vag.	Op. 15. V. 89. Zuckerkandl'sche Methode. Operation ohne besondere Schwierigkeit. Perit. vollst. verschlossen. Wundhöhle im Sept. rect. vag. tamp. mit Jodoformgaze.	20. VI. 89 geheilt entlassen.	XII. 1897 stellte sich Pat. in der Klinik vor. Gesund und recidivfrei.
arc. port. vag.	Op. 30. III. 89. Oper. ohne besondere Schwierigkeit. Rechte und linke Anhänge abgebunden; Ut. entfernt. Perit. offen. Jodoformgazetamponade. Heilung geht glatt ab.	19. IV. geheilt; Entlassung.	19. XII. 97 stellt sich Pat. vor und ist vollständig gesund und recidivfrei.
arc. port. vag.	Op. 14. XII. 89. Op. mit zieml. Schwierigk. verbunden. Unterbindung der Param., Abbindung der Anhänge beiderseits. Herausnahme des Ut. ohne Ovarien. Im hint. Scheidengewölbe finden sich noch 2 carcinomatöse Stellen, die exstirpiert werden. Periton. vernäht, Anblasen mit Jodoform.	Nach der Op. völliges Wohlbefinden Heilung geht rasch von statten. 7. I. 90. Entlassung.	5. II. 90. Recidiv. † 1892.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung.
11) Pu. E. 46 J. alt.	Erste mit 19 J. stets regelmässig.	2 Part. letzter vor 20 J.	—	Seit 3—4 Mon. Blutabgang. Seit 6 Mon. schweres Zurückhalten des Urins. J. B.: Corp. nicht vergrössert. An Stelle der Port. warzenförmiger, bei Berührung blutender die Scheide erfüllender Tumor. Umgreifen desselben nicht möglich. Tuben und Ligg. frei.
12) Dö. B. 32 J. alt.	Erste mit 15 J. stets regelmässig.	3 Part. letzter vor 2 J.	1 vor 8 Jahren.	Seit 3 Mon. starke Blutung, weisser Ausfluss. J. U.: Faustgr. zerklüfteter, leicht blutender Tumor der hinteren Lippe (Cancroid); auf die Scheide nicht übergreifend. Corp. klein, leicht beweglich. Tub. und Ovar. normal. Parametrien intakt.
13) Eck. M. 35 J. alt.	Seit 16. J. regelmässig.	4 Part. letzter vor 3 J.	—	Vor 3 J. Scheidenpolyp, den der Arzt wegnahm. Vor 3 Mon. Wiederauftreten eines Tumors, den der Arzt wegbrannte. Ausfluss, Mattigkeit, Abmagerung. J. U.: Vord. Mmlippe in ein leicht blutendes, kinderfaustgrosses, zerklüftetes Cancroid verwandelt; rechts 1 cm auf die vordere Vaginalwand übergehend. Hint. Lippe vernarbt, Corp. klein. Anhänge normal.
14) Schw. K. 36½ J. alt.	Seit dem 16. J. regelmässig immer mit Schmerzen verbunden.	6 Part. letzter vor 6 J.	—	Seit ½ J. übelriechender Ausfluss; in letzter Zeit profuse Blutungen. J. B.: Zwischen vord. u. hint. Vaginalwand höckeriger, sammtartiger Tumor von der vord. Mmlippe ausgehend und die Scheide nahezu ausfüllend. Hinter Mmlippe intakt, Anhänge normal.
15) Mo. M. 22 J. alt.	Seit 15 Jahren regelmässig.	—	—	Seit 6 Mon. prof. Menses, seit 14 Tagen andauernde Blutung. Februar 90 von ihrem Arzt operiert. Art der Operation unbekannt. Aus dem Mm. ragt ein zerklüft. leicht blutender Tumor. Vord. Lippe seitlich in Zerfall begriffen. Auf der rechten Seite geht der Tumor direkt auf die Lippe über. Scheide und Parametrien frei.

gnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
port. ag.	23. XI. 89. Auskratzung und Verschorfung des Tumor. Wegen zu starker Blutung Operation verschoben. 25. XI. 89. Exst. nach Zuckerkandl. Ligaturen durch die Parametr. Rechtes Ov. bleibt zurück, linkes wird mitgenommen. Perit. geschlossen; Ausstopfung mit Jodoformgaze. Dauer der Op. 4 St. 15'. Puls am Ende der Op. klein, frequent.	Pat. erholt sich nicht post. op. Es tritt Somnulenz ein. † 26. XI. infolge Shok.	—
port. ag.	Op. 16. XII. 89. Op. in typ. Weise ohne bes. Schwierigkeit. Rechtes Ovarium bleibt zurück. Periton. geschlossen. Heilung glatt.	12. I. 90 Entlassung.	17. IX. 1890 Untersuchung in der Klinik. Wallnussgr. Erhebung im rechten Scheidengewölbe. Mikroskopische Untersuchung der aus dieser Stelle entnommenen Partikelchen lassen sich nicht als carcinomatöse Wucherung erkennen. † 2. XII. 91 an Carcinom.
port. ag.	8. IV. 90. Verschorfung der zerfallenen Carcinommassen mit Thermokauter. Op. (11. IV.) in übl. Weise. Abbinden der Anhänge beiderseits; beide Ovarien zurückgelassen. Wundverlauf gut.	30. IV. 90 geheilt.	† 27. XI. 1890. Todesursache? Syphil. Nekrose des Stirnbeins. Pachymeningitis. Carcinomrecidiv.
port.	Op. 7. V. 90 ohne Schwierigkeit. Linkes Ovarium bleibt zurück. Heilverlauf glatt.	28. V. 90 entlassen.	August 92 gänseeigr. Recidiv. † April 94 an Recidiv.
port. g.	Op. 22. V. 90 in übl. Weise ohne bes. Schwierigkeit. Wunde vernäht. Heilung normal.	25. VI. geheilt entlassen.	† 30. IX. 1890.

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
16) H. A. 56 J. alt.	Seit 17. J. regelmässig. Menopause im 53. J.	3 Geb. letzte vor 23 J.	—	Seit langer Zeit scharfer Ausfluss, Vulva und Umgegend wund mac J. U.: Port. ein leicht blut. zerkl Tumor. Vord. Mmlippe in ger. G afficiert, von der hinteren geht das C auf die Scheide über. Parametr. fr
17) El. B. 56 J. alt.	Mit dem 18. J. regelmässig bis zur 1. Entbindung. Stets mit Kreuzschm. verbunden. Menopause im 53. J.	3 Geb. zuletzt vor 15 J.	—	Seit einigen Monaten fleischfarb Ausfluss, hie und da mit Blut geme Heftige Kreuzschmerzen. J. U.: Portio dick, Mm. quergespal geöffnet. Der Finger dringt in e buchtige, zerklüftete blutende gr Höhle ein, welche sich nach oben re verfolgen lässt und das Corp. ut. sein scheint. Links geht oben faustgrosser, weicher Tumor in Corp. ut. über, in welchen die So sich nicht einführen lässt. Tuben Ligg. normal, Ovarien atrophisch
18) K. M. 69 J. alt.	regelmässig seit dem 17. Lebensj. Menopause im 48. J.	7 Geb.	—	Seit 13 Jahren Kreuzschmerzen, wel von einem chir. Eingriff herrühren sol In letzter Zeit blutig-gelbl. Ausflu J. U.: Port. kurz u. ulceriert. Ul ration geht auf die l. Scheidenws über. Cervixhöhle weit, klaffend in ganzer Ausdehnung ulceriert höckerig, leicht blutend. Ut. retrov aber beweglich. Ovarien atrophis Parametrien frei.
19) M. B. 55. J. alt.	regelmässig seit dem 19. Lebensj. Menopause im 53. J.	6 Geb. zuletzt vor 17 J.	—	Seit 2 Monaten Zunahme des Abdom an Umfang. Schmerzen im Leib Kreuz. Seit $^3/_4$ Jahr weissl. Ausflu in letzter Zeit nicht mehr. Erschwe Stuhlgang, Blähungen; eine Zeit l erschwertes Wasserlassen. J. U.: Ut. reicht mit dem Fundus zum Nabel. Knollige Auftreibung Cervixhöhle carcinomatös ulceriert, tend. Uterushöhle fühlt sich zerfa an. Sonde geht nicht weiter als nor hinauf. Beiderseits, besonders link den Parametr. flächenhafte Resisten glatt und knollig. Der ganze Ut., durch ein Myom vergrössert sch auffallend beweglich. Scheide frei Carcinom.

iagnose	Operation	Unmittelbarer Verlauf	Weiterer Verlauf.
rc. port. vag.	Op. 8. VII. 90. Scheide senil atrophisch; deshalb Incisionen in die Labien nötig. Ovarien bleiben zurück. Heilverlauf gut.	25. VII. 90 geheilt entlassen.	† in der Heimat laut Bericht. Ueber Todesursache war nichts zu ermitteln.
rc. cerv rb. mit Iyoma p. ut in- terst.	Op. 25. VIII. 90. Bei Unterbindung des l. Parametr. gewinnt es den Anschein, als ob etwas in carcinomat. Gewebe gearbeitet worden wäre. Die senil atr. Ov. bleiben zurück. Vollst. Verschluss der Wunde. Jodoformgazetamponade.	17. IX. 90 geheilt.	20. X. 90 recidivfrei. † 8. VIII, 91 an Recidiv.
rc. cero.	Op. 31. I. 91 ohne bes. Schwierigkeit. Abbindung links vom Cervix nicht ganz in gesundem Gewebe. Totaler Wundverschluss.	13. II. 91. geheilt.	† 7. VII. 91 an Recidiv.
arcino- matös egen. Iyom.	Oper. 2. III. 91. Freund'sche Methode mit Modificationen. Op. wegen Aussichtslosigkeit auf Erfolg unterbrochen, da der bis zum Nabel reichende Ut. sich als eine grosse Carcinommasse präsentierte.	† 6. III. 91.	Sectionsbef.: Kindskopf grosses Carcinom des Uterus

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befund.
20) Ev. A. 65 J. alt.	seit 15. J. regelmässig Menopause im 52. J.	keine	—	Seit 12 Wochen Schmerzen im Leib, starker weisser Ausfluss, mitunter blutig verfärbt. Bef.: Ut. etwas reponiert. Corpus etwas wenig vergrössert, keine knolligen Erhebungen. Port. und Cervix unverändert. Dagegen hint. Uterusfl. uneben. Parametrien frei.
21) Mü. A. 57 J. alt.	seit 19. J. regelmässig Menopause im 46. J.	VIII Bei der VI. schl. Wochenbett.	1	Seit 19 Wochen geringer Blutabgang. Seit 10 Wochen Schmerzen im Kreuz und Unterleib. J. U.: Ut. mässig vergr., Cervix in einen tiefen durch Ulcerationen zerklüfteten Krater verwandelt. Carcinom geht aufs hint. Scheidengewölbe über. Parametrien frei.
22) He. M. 46 $^1/_2$ J.	seit 14. J. regelmässig.	I vor 18 J.	—	Pat. klagt seit Febr. 90 über reissende Schmerzen im Unterleib; vor allem auch in den Seiten. Abmagerung, Mattigkeit. J. U.: Port. derb. Cervikalkanal rauh, uneben. Hinter. äusserem Mm. rauhe, höckerige, brocklige Höhle, bei Berührung leicht blutend. Corp. normal gelagert, vergr., mit einigen knolligen Erhebungen bedeckt, an der hint. Wand eine 5 Pfennigstückgrosse. Ut. hinten etwas fixiert. Anhänge normal.
23) Pa. A. 49 J. alt.	seit 19. J. regelmässig,	IV l. vor 13. J.	1 Abort im V. Mon. vor 26 J.	Dysmennorhoe und Mennorrhagie seit ein Jahr. Seit 4 Wochen Kreuzschmerzen, in letzter Zeit andauernde Blutungen. J. U.: Ut. vergr. und empfindlich. Cervixschleimhaut durch carcinomatöse Wucherungen zerstört; scheinen bis in den Fundus heraufzugehen. Uterusschleimhaut sehr rauh und leicht blutend. Im Parametr. links, bes. rechts Infiltrationen, die aber nicht sicher als carcinomatös erkannt werden. Knotenbildung im Parametr nicht nachweisbar. Tuben und Mutterbänder frei.

Diagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
arc. corp. ut.	Op. 21. IV. 91 mit ziemlich bedeutenden Schwierigkeiten verknüpft. Uterus sehr brüchig. Plötzliches Abreissen des Cervix und des unteren Teiles des Uteruskörpers. Starke Blutung. Laparotomie. Nach Stillung der Blutung wird Op. von der Scheide aus beendet. Wunde in der Mitte offen, Jodoformgazetamponade.	2. V. 91 †. Peritonitis.	†
arc. cerv.	Op. 9. V. 91 in typischer Weise. Eröffnung des Douglas schwierig. Unterbindung der Parametrien bis $^2/_3$ gegen den Fundus. Totaler Verschluss. Jodoformgazetamponade.	Wundverlauf 20 V. geheilt.	18. X. 1892 grosses Scheidenrecidiv. † 2. IV. 1893.
arc. cerv. . corp. ut.	Op. 1. XI. 91. Bei Umschneidung der linken Partie des Cervix hat es den Anschein, als ob nicht ganz im Gesunden operiert würde. Ziemlich bedeut. Blutung. Ut. morsch, bekommt Risse. Es ergiesst sich Jauche in die Scheide. Ausspülung. Ovarien bleiben zurück. Totaler Wundverschluss. Scheide tamp. mit Jodoformgaze.	27. XI. geheilt.	† 10. XII. 92. Ob an Recidiv konnte nicht ermittelt werden.
arc. cerv.	Op. 22. VII. 91. Exstirp. in übl. Weise. Im rechten Parametrium Abtragung in gesundem Gewebe unmöglich. Die erwähnte infiltrierte Partie war doch carcinomatös.	26. VII. Peritonitis-Erscheinungen. 27. VII. Kräfteverfall. Exitus letalis †	†

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befund
24) Fö. M. 62 J. alt.	Seit 16 Jahren regelmässig. Menopause im 50 J.	IV	—	Seit 2 Jahren Blutausfluss, Schmerze im Unterleib. J. U.: Corp. ut. nicht vergrösser Uterusschleimhaut fühlt sich mit de Sonde rauh an, Cavum uteri schei sehr weit. Im rechten Parametriu mässige, flächenhafte Verdickung
25) Po. M. 36 J. alt.	Seit 15. J. regelmässig meist mit Krämpfen verbunden.	II 2 mal Forceps.	—	Seit letzter Entbindung (1888) Kre schmerzen. Mai 91 3 Wochen lan andauernde Blutung. J. U.: Port. rauh, hart, leicht bluten Vord. Mmlippe bes. stark vergr., knoll hart. Ut. etwas vergr., Uterusschlein haut blutet bei Sondierung. Parametrien frei.
26) Sti. B. 45 J. alt.	Seit 15. J. regelmässig.	III l. vor 12 J.	—	Seit einigen Monaten rötlich-weiss Ausfluss. Mitunter Schmerzen. J. U.: Ut. vergrössert. In die Scheide ra ein etwa gänseeigrosser, ulcerierter T mor, der als Cancroid der vorderen un hinteren Mmlippe angesprochen wir Beiderseits spannen sich die Parametrie im unteren Drittel straff an; rech scheint eine beginnende Infiltration vo handen zu sein. Nach oben schein sie frei von Metastasen. Anhänge norm
27) Wu. M. 43 J. alt.	Seit 18. J. regelmässig.	VIII	II.	Vor 10 Wochen starke Blutung bei Coitus. Seit 6 Wochen andauernd Blutabgang. J. U.: An Stelle der vord. Mutte mundslippe tiefer, jauchiger Tum dessen Umgebung hart infiltriert is Cervix verdickt. Cervixschleimhaut e scheint gesund. Ut. normal gross b weglich. Parametrien frei. Tuben u Bänder gesund.
28) Trö. K. 41 J. alt.	Seit 16. J. regelmässig.	VIII	—	Seit 2 Mon. Ausfluss, in letzter Z mit Blut gemischt. J. U.: Port. in eine grosse, ulcerier mit jauchig zerfallenen Massen bedeck Geschwürsfläche verwandelt. Die U ceration von harter, wenig scharf b grenzter Infiltration umgeben. Na hinten greift das Geschwür auf d Scheidengewölbe über, besonders w nach links. Cervix hart infiltrie Ut. vergrössert, normal gelagert. Be Herabziehen spannt sich das linke P rametrium stärker an. Eine deutlic Infiltration oder Knoten sind jedo auf dieser Seite nicht nachweisbar. Ovarien normal.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
c. corp. ut.	7. IV. 91 Probeauskratzung. Op. 13. IV. 91 in typisch. Weise ohne bes. Schwierigkeit. Abbindung der Parametrien bis $^2/_3$ der Länge des corp. ut. Wunde geschlossen. Jodoformtamponade. Heilverlauf glatt.	3. V. 91 geheilt.	Bis zur Zeit recidivfrei. (10. XII. 97 stellte sich Pat. vor.
c. cerv.	Vor der Op. 2 Probeexcisionen. Op. 3. IX. 91. Totalexstirpation in übl. Weise; ohne Schwierigkeit vollständ. Verschluss der Wunde. Heilverlauf gut.	22. IX. 91 geheilt.	Bis heute vollstrecidivfrei. (Wohlbefinden.)
c. cerv.	Op. 30. IX. 91. Sehr schwierig. Combination der Freund'schen Methode mit vag. Meth. Verschluss der Wunde.	23. X. 91 geheilt.	12. I. 97. Links in der Narbe Recidiv. † 17. XI. 92 an Recidiv.
c. port. vag.	Op. 14. I. 92. Totalexstirpation ziemlich leicht anszuführen. Perit. und Scheidenwand völlig geschlossen.	† 23. I, 92, Eiterige Peritonitis.	† nach neun Tagen. Peritonitis.
c. corp. teri.	Op. 16. II. 92. Ulcerierten Partieen mit dem scharfen Löffel entfernt. Ausspülung mit 5 % Carbollösung. Die weitere Op. in typ. Weise ohne besondere Schwierigkeiten. Umschneiden der Neubildung in grosser Ausdehnung. Scheidenwunde bleibt offen; Jodoformgazetamponade.	12. III. geheilt.	Heilung von Dauer. Zur Zeit noch recidivfrei. (10. XII. 97 untersucht).

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leiden. Etwaige vorherige Behandlung Bef.
29) Ki. M. 33 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	IV	—	Seit 5 Mon. Blutabgang. Drang Wasserlassen. J. U.: An Stelle der Port. gro mit jauchigen Zerfallsprodukten deckte, ulcerierende Fläche, deren gebung hart infiltriert ist. Lippen Muttermund nicht zu unterschei Neubildung geht rechts vorne und ten oben auf das Scheidengewölbe nach links reicht sie ebenfalls bis Scheidenwand. Cervix verdickt. nicht vergrössert, frei bewegl. Tu und Ovarien normal. Parametr. v frei von Infiltration; nur scheint linke etwas verdickt, aber keine Kn oder feste Stränge nachweisbar.
30) R. M. 31 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig.	IV letzte vor 12 Woch.	—	Seit der letzten Entbindung stets B abgang. Seit 8 Tagen Kreuzschm Mattigkeit. J. U.: Port. grosse ulcerierende Flä mit hart infiltrierten Rändern, mit j chigen leicht blutenden Massen bede Ulceration greift links vorne u. hin auf die Scheide über. Muttermund Cervikalkanal nicht aufzufinden. Cer hart infiltrirt, stark verdickt. Corp. vergr. scharf retrofl., gut bewegl. B Herabziehen spannt sich das linke recto-uterinum stark an. Parametr frei; linkes etwas verdickt. Ca nomatöse Stellen lassen sich a trotzdem nicht nachweisen. Ovar normal.
31) An. K. 73 J. alt.	Menopause im 48. J.	—	—	Seit 3 Jahren blutige Ausscheidung seit 2 Mon. beständiger Blutausfl In letzter Zeit starker Marasmus. J. U.: Port. völlig atroph. Aus d Muttermund entleert sich fortwähr Blut. Corp. ut. gross (8 cm) anteve weich, bewegl. Sonde dringt an der h Fläche in weiche Massen. Tuben Bänder normal, Ovar. atroph.

iagnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
rc. port. vag.	18. II. 92. Die verjauchten Massen mit dem scharfen Löffel entfernt. 19. II. Totalexstirpation ohne besond. Schwierigkeit. Die unteren Partieen des lig. lat. verdächtig. Unterbindungen werden möglichst weit weg von der Cervix gelegt. Scheidenwunde in der Mitte offen. Jodoformgazestreifen in die Bauchhöhle, Tampon. der Scheide.	10. III. 92 geheilt.	Juli 92 Recidiv. † 23. II. 93 an Recidiv.
rc. cerv.	Op. 4. III. 92. Entfernung der zerfallenen Massen mit scharfem Löffel. Ausspülung. Exstirp. in üblicher Weise. Abbindung des link. lig. lat. dicht am Carcinom. Aus dem Abdomen entleert sich eine grosse Menge seröser Flüssigkeit. Wunde bleibt in der Mitte offen. Jodoformgazetampon. Wundverlauf gut.	23. III. 92 geheilt.	19. VII. 92 an Recidiv behandelt. † 5. II. 93 an Recidiv.
rc. adenom.	Nachdem am 26. III. 92 vorsichtig die Mucosa ut. excochleirt u. mikroskopisch ein Carc. adenomat. festgestellt wurde, erfolgt am 28. III. Totalexstirpation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Die atroph. Tuben u. Ovarien werden zurückgelassen. Scheidenwunde in der Mitte offen; Tamp.	26. IV. 92 geheilt.	Bis heute gesund u. recidivfrei.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
32) Fi. E. 48 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig bis vor 3 J.	I	—	Seit 2 Jahren Blutung; seit $^1/_2$ J. fl albus. J. U.: Port. klein, nach hinten gerich mit seitlichen Einrissen. Muttermu bequem für 1 Finger durchgängig, ebe Cervix. Oberhalb des Muttermu weiche, bröckelige, leicht unter Blut zerdrückbare Massen, welche das ga Endometr. erfüllen. Corp. sehr gro antefl. nach rechts verlagert, hart, beweglich. Tuben u. Parametrien fr Linkes Ovar. vergrössert.
33) Ko. K. 34 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	VI 4 Kinder tot gebor.	—	Seit $^1/_2$ Jahre Blutungen. Ueber Verhältnisse des Genitaltrakt konnte leider nichts in Erfahrung g bracht werden.
34) Lu. J. 44 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig.	VI	—	Seit 4 Monaten starke Blutungen ve bunden mit Kreuzschmerz. J. U.: Portio verdickt. An Stelle d Muttermundes ein tiefes, knotenförmig Geschwür mit jauchigen, unregelmäss gen, zerfressenen Rändern, die von ha ten Infiltrationen umgeben sind. Ce vix stark verdickt, Corp. normal gros retrovertiert, leicht aufzurichten u herabzuschieben. Linkes Parametriu vollständig frei, rechtes spannt sich be Tieferziehen in deutlichen Stränge enthält aber keine knolligen Auftre bungen. Ovarien u. Tuben ganz no mal. Da am 10. XII. 92 Pat. starke Blutabgang hatte u. man bei der U tersuchung wahrnahm, dass das Bl hoch herab aus der Cervix rieselte, wurde mit dem ferr. cand. eine grün liche Verschorfung vorgenommen, w rauf Blutung stand.

gnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
. corp. ut.	Op. 20. VII. 92. Unterbindung der ligg. latt. sehr schwierig wegen der Grösse des Ut. Nach vergeblichen Versuchen gelingt es endlich, den Ut. vom Rect. aus umzustülpen. Beim Anziehen läuft stets jauchige Brühe aus der Cervix. Scheidenwunde in der Mitte offen; Jodoformgazetamp.	11. VIII. 92 geheilt.	22. IX. 92 Untersuchung in der Klinik. Recidiv wird nicht nachgewiesen. † 15. I. 98 an Recidiv. Sektion ergibt: Im Beckeneingang Kindskopfgr. carcin. Tumor. An der Wirbelsäule eine Kette kleinerer Tumoren. Pankreas in einen gr. carc. Tumor verwandelt.
. port. ag.	Op. 1. XI. 92. Zunächst Entfernung der Hauptmasse des Carc. mit scharfem Löffel. Verschorfung. Dann Exstirpat. in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Wunde in der Mitte offen, mit Jodoformgazetamp.	Geheilt.	Bis zur Zeit völlig gesund. Recidivfrei.
. cerv.	Op. 14. XII. 92. Verschorfung der Carcinomhöhle. Exstirp. in typischer Weise. Beide Tuben u. Ovarien bleiben zurück. Wegen des verdächtigen Stranges rechts wird der Stumpf nochmals angezogen u. mehrere Nadeln weit nach hinten u. seitlich gelegt. Das abgeschnürte Stück mit dem Paquelin verschorft.	8. I. 93 geheilt.	Mai 93 noch recidivfrei. Nov. 93 Recidiv. † 12. V. 94 an Recidiv.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leide[ns]. Etwaige vorherige Behandlung. Befu[nd]
35) Sch. B. 42 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig.	VII	—	Seit 8 Wochen Blutungen. Ke[ine] Schmerzen. J. U.: An Stelle der Port. ein die v[ordere] dere Lippe einnehmendes, an der O[berfläche] fläche stark jauchiges, carcinoma[töses] Geschwür. Hintere Lippe gesund. Co[rpus] klein, frei beweglich. Rechte Anhä[nge] frei; im linken Paramet. einige de[rbe] Stränge. Carc. greift nicht auf Scheide über.
36) Wu. Chr. 31 J. alt.	Seit dem 18. J. unregelm.	V	—	Seit 2 Monaten anhaltende Blutu[ngen] ohne Schmerzen. J. U.: Vagina glatt, weit. Im vorde[ren] Scheidengewölbe pilzartige, höcke[rige] gegen die Scheide sich abhebende [Ge]schwulst, von der vorderen Lippe a[us]gehend. Deutliche Infiltration in den Param[etrien] nicht vorhanden; höchstens rechts [ei]nige kleine Knötchen. Anhänge [und] Bänder frei.
37) Bau. M.	—	—	—	—
38) Däu. K.	Seit 12. Jahre regelmässig.	III	—	Seit 3 Monaten Blutung und eiteri[ger] Ausfluss. J. Befund fehlt.
39) Ru. F. 52 J. alt.	—	—	—	Anamnese und Befund fehlt.
40) Kü. A. 66 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig, Menopause im 51. Jahre.	I	I vor 34 Jahren	Seit Mai 93 Blutungen. Eiteriger A[us]fluss. Schlaflosigkeit. Abmageru[ng]. J. B.: Port. in einen derben, höck[rigen] Tumor verwandelt, der im wes[entlichen] der vorderen Lippe angeb[lich]. Beim Eingehen in die Cervix fühlt [man] krümelige, leicht abreissbare Mas[se]. Corp. ut. atroph., normal gelager[t]. Anhänge und Parametrien frei.

nose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
port. g.	28. I. 93. Verschorfung des Carc. Exstirpation ohne Schwierigkeit. An den verdächtigen Stellen Abtragung weit entfernt. Verschorfung der Stümpfe.	Geheilt entlassen.	Zur Zeit völliges Wohlbefinden. Recidivfrei.
port. g.	Op. 27. IV. 93 in typischer Weise.	3. V. 93. Exitus letalis Peritonitis.	† an Peritonitis post op.
cerv.	—	—	† 14. I. 94.
cerv.	19. V. 93. Operation ohne besondere Schwierigkeit in typischer Weise.	9. VI. geheilt.	† 29. III. 95. Todesursache Recidiv. Juli 93 Recidiv in der Scheide.
corp. t.	Op. 31. V. 93. Operation ziemlich mühsam. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	25. VI. geheilt.	† Nov. 93 an Verblutung nach Operat. eines Mammacarcinoms.
cerv.	Op. 6. VII. 93. Operation ohne Schwierigkeit in üblicher Weise. Wunde total geschlossen.	23. VII. geheilt.	† 20. V. 96. Todesursache unbekannt.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Bef.
41) Laut. B. 48 J. alt.	Seit 18. Jahre unregelm.	III	—	Seit August 93 Blutungen, die ei Zeit lang aussetzten, aber im Okto wiederkehrten. Kreuzschmerzen. J. U.: Port. verlängert. Gegend d äusseren Mm. ersetzt durch einen d ben, höckerigen Tumor mit wulsti Rändern, leicht blutend. Tumor gre nicht auf die Scheide über. Corp. nur wenig vergrössert, nicht schme haft. Anhänge normal. Parametri frei. Ligg. recto-uterina verdickt, doch keine Knoten wahrnehmbar.
42) Ke. M. 43 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig.	II Nach d. 1. Entb. 8 Woch. an Puerperalfieber erkrankt	—	Seit 2 Monaten heftige Blutung Schwäche. J. U.: Corp. normal, beweglich. Rec im Param. derber, harter Strang, doch nicht bis ans Becken reiche Port. in einen pilzförmigen, zerklüf ten Tumor verwandelt. Ovarium rec grösser als links. Sonst Anhänge u. Ligg. recto-uteri normal.
43) He. S. 53 J. alt.	Seit 18. Jahre regelmässig. Menopause im 44. Jahre.	IV	—	Seit $^3/_4$ Jahren Blutungen u. Schmerz im Unterleib. J. U.: Corp. ut. klein, atroph., lei beweglich. Vorderes u. hinteres Sch dengewölbe geht in einen Trichter wallartigen Rändern über, der n oben hin enger wird. Die Innenflä des Trichters, welche die atroph. C vix darstellt, höckerig u. leicht b tend. Auf der rechten Seite geht direkt v Carc. aus ein etwa Ballbleistift dic Strang nach hinten, dem Lig. rec uterin. entsprechend; ein ähnlicher was dünnerer von der linken Seite a
44) Teu. B. 38 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig.	III	—	Seit 10 Wochen Abgang von dickf sigem Blut. Keine Schmerzen. J. U.: Ut. etwas vergrössert, ni schmerzhaft. Muttermund querges ten. Vordere Lippe überragt die h deutlich. Ausserdem fühlt sie sich dickt u. derb an, blutet bei der Ber rung nicht unerheblich. Bei der sichtigung mit dem Speculum gewä sie ein einer Erosion ähnliches B Ovarien nicht vergrössert. Tuben Mutterbänder ohne Befund.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
c. port. vag.	Op. 23. X. 93. Totalexstirpation in typischer Weise ohne besondere Schwierigkeit. Einige Zeit post op. Puls rasch u. schwach. Anämie. Diagnose auf innere Blutung. Laparatomie. In den linken Anhängen war eine Ligatur abgeglitten. Unterbindung. Kochsalzinfusionen. Abends Collaps.	† 23. X. 93. Verblutung.	†.
c. port. vag.	Op. 7. XI. 93. Nach Verschorfung des Carc. Operation in üblicher Weise ohne Schwierigkeit. Parametrien werden weit mit herausgenommen. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	25. XI. 93 geheilt.	† 18. XII. 94 an Marasmus. 2—3 Mon. post op. grosses Carcinom der Vagina auf die Blase übergreifend.
c. cerv.	Op. 6. XII. 93 ohne besondere Schwierigkeit in üblicher Weise. Rechte u. linke Anhänge entfernt. Abbindung der Parametrien. Wunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	23. XII. entlassen mit gut granulierender Wunde. Geheilt.	Zur Zeit völlig gesund. Recidivfrei.
c. port. ag. et erv.	12. IX. 93 Amputation der vorderen Lippe. Excision aus der hint. Carcinom. 16. IX. Totalexstirpation ohne Zwischenfall. Teilweise Vernähung der Scheide. Glatter Wundverlauf.	30. XI. geheilt.	Nach 3 Monate verdächtig. April 94 Recidiv. Keine Beschwerden. † 2. I. 96 an Carcinomrecidiv. Blasenscheidenfistel, Hydronephrose, **Urämie.**

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befund
45) Schm. D. 36 J. alt.	Seit dem 16. J. regelmässig.	VI	—	Seit 6 Monaten starke Blutungen, unregelmässig. Keine Schmerzen. Befund: Stark vergrösserte Portio in einen derben Tumor verwandelt, der auf beide Lippen, namentlich die hintere, übergegangen ist. Corp. etwas vergrössert, sehr beweglich. Ovarien nichts besonderes. Parametrien werden frei erfunden.
46) Je. M. 53 J. alt.	Seit 17. Jahre regelmässig, in letzter Zeit oft lange aussetzend.	I vor 2 Jahren	—	In letzten Wochen zuweilen Leibschmerzen. Abgang geronnenen Blutes. Wasserdrang. J. U.: Portio normal gross, Muttermund für 1 Finger durchgängig. Cervikalschleimhaut glatt. Corpus antevertiert normal gross, gut beweglich. Mikroskopische Untersuchung der ausgekratzten Schleimhaut ergibt Carcinom.
47) Nü. M. 39 J. alt.	Seit 15. Jahre regelmässig.	V	—	Seit 2 Monaten starke Blutungen. J. U.: Portio, besonders hintere Lippe in einen blumenkohlartigen, an der Oberfläche leicht zerfallenen, sonst harten Tumor umgewandelt. Cervix teilweise durchgängig. Corp. normal gross retrofl. Parametrien frei; doch geht rechts eine halbbleistiftdicke, leicht verschiebliche Resistenz bis in die Nähe des Beckens. Ovarien normal.
48) Mey. M. 41 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig.	X 2 mal Zwillinge	—	Seit 14 Tagen blutiger, übelriechender Ausfluss. J. U.: Aus der in einen tiefen Trichter umgewandelten Portio blutig-eitriger Ausfluss. Corpus beweglich, etwas vergrössert. Douglas'sche Falten beiderseits etwas gespannt und verdickt. Knollen nicht fühlbar. Rechtes Ov. derb u. höckerig, C. klein atroph.
49) Hoe. El. 38 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig.	V	—	Schmerzen im Kreuz u. Unterleib. Dunkler blutiger Ausfluss seit 4 Monaten. J. U.: Port. in einen zerklüfteten, leicht blutenden Tumor verwandelt. Corp. retrovert., normal gross. Parametrien und Anhänge frei. Rechte Douglas-Falte in ganzer Ausdehnung als verdickter Strang zu fühlen.

gnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
. port.	22. I. 94. Auskratzung u. Verschorfung der carcinomat. Massen. Totalexstirpation ohne besond. Schwierigkeit, doch zeigt sich, dass das Carc. in Form einer plattenartigen Verdickung ins Parametr. hineinragt. Es gelingt jedoch, jenseits d. Verdickung abzutragen. Untersuchung des Parametr. am Ut. ergibt carcinomat. Infiltration. Prognose zweifelhaft, da wahrscheinl. Carcinomreste zurückgeblieben.	13. II. 94 entlassen. Im rechten Wundwinkel leicht blutende Stelle, Umgebung nicht infiltriert.	4. I. 95 Recidiv. † 20. VIII. 95.
. corp.	27. I. 94. Operation ohne besonderen Zwischenfall. Ovarien bleiben zurück. Wunde in der Mitte 2 cm offen; Jodoformgazetamp.	13. II. 94 entlassen. Wunde granulierend.	27. XI. 95 Recidiv. † 23. VIII. 96.
. cerv.	12. II. 94. Operation ohne besondere Schwierigkeit. Abbindung der Parametrien weit vom Ut. entfernt. Ovarien zurückgelassen. Wunde in der Mitte etwas offen, tamp. mit Jodoformgaze.	10. III. 94 entlassen. Wohlbefinden.	11. XII. 97 Recidivfrei.
. cerv.	18. IV. Totalexstirpation in üblicher Weise. Scheide gegen die Bauchhöhle bis auf eine kleine Oeffnung geschlossen. Jodoformgazetamp.	5. V. 94 geheilt entlassen.	Ueber weitern Verlauf war nichts zu ermitteln.
port. ag.	9. V. 94. Operation macht keine besondere Schwierigkeiten. Peritonealhöhle in der Mitte offen u. mit Jodoformgaze tamponiert.	26. V. entl. Geheilt. Ränder der Narbe hart und derb.	12. XII. 97 Wohlbefinden. Recidivfrei.

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung. Befu
50) Eh. B. 51 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig, mit Krämpfen verbunden.	VII	—	Seit einigen Monaten unregelmäss Blutungen. In letzter Zeit übelriech der Ausfluss. Abmagerung, Ver pfung. Portio kurz; Cervikalkanal enthält fallene, stark übelriechende Krebsmass Corp. ut. retrovertiert, gut beweg Im linken Parametr. gleichmässig in trierter dünner Strang. R. P. Anhänge ohne bes. Befund.
51) Eng. Fr. 43 J. alt.	Menses vom 19.—40. Jahre regelmässig, in letzter Zeit nicht mehr.	III	—	Seit 9 Monaten Blutung, mitunter A fluss. Ohrensausen, Schwindel, Ab gerung. J. U.: Portio in einen ziemlich har höckerigen Tumor verwandelt, von vord. Lippe ausgehend. Ut. ziemli gross, beweglich. Rechtes Parametr. u. Douglas norm Linker Douglas in ganzer Ausdehn verdickt. In der Gegend des Ileo-sacr Gelenkes eine kirschengrosse, mit Unterlage verwachsene Lymphdrüse
52) Gei. L. 51 J. alt.	Seit dem 16. J. regelmässig. Menopause im 49. Jahre.	—	—	Seit $^1/_2$ Jahr sehr reichl. blutig-serös Ausfluss. Dabei heftige Leibschmerz Befund: Abdomen stark ausgedeh durch einen nicht ganz bis zum Na reichenden Tumor, welcher als der v grösserte Ut. anzusehen ist. Por kurz, virginell, zapfenförmig. Ueb riechendes eitriges Sekret.
53) He. A. 51 J. alt.	Seit 13. Jahre regelmässig. Menopause mit 49 Jahren.	—	—	Seit 1 Jahr stärkere Ausdehnung Leibes. Vor 6 Wochen 8 Tage la dauernde Blutung. Kreuzschmerzen J. U.: Portio vollständig verstrich Corp. ut. in einen über kindskopfgross derben Tumor verwandelt, mit glat Oberfläche, nach oben bis beinahe z Nabel reichend. Anhänge ohne besonderen Befund.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
c. cerv.	24. V. 94. Auskratzung u. Verschorfung der Krebsmassen. Vordere u. hintere Muttermundslippe aneinander genäht. Abbinden des linken Paramet. weit entfernt vom Ut. Linkes Ovarium zurückgelassen. Scheidenwunde in der Mitte offen. Jodoformgazetamp.	17. VI. Entlassung. Urinabgang durch die Scheide. Sonst Wohlbefinden.	94 Fistel geheilt. 10. XII. 97 gesund u. recidivfrei.
c. cerv.	29. V. 94. Operation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Periton. offen; Jodoformgazetamp.	22. VI. Entlassung. Untersuchung per rectum: Rechts gleichmässig verdickter Strang, nicht bis zum Becken. Links bleistiftdicker Strang bis ans Becken. Die erw. Lymphdrüse vergrössert.	9. XII. 97 gesund u. recidivfrei (bei schwerer Arbeit).
c. corp. ut.	9. VI. 94. Totalexstirpation per vag. begonnen; wegen zu heftiger Blutungen per Laparatomiam beendigt. Da aus den Tuben sich Eiter in die Bauchhöhle ergoss, bleibt die Wunde offen u. der ganze Trichter bis in die Scheide mit Jodoformgaze drainiert.	10. VI. Puls klein und beschleunigt. † unter den Zeichen von Herzschwäche.	† post op.
rc. et yoma rp. ut.	30. VIII. 94 Laparatomie; mit ziemlich bedeutenden Schwierigkeiten verknüpft. Wegen des verjauchten Inhalts der Uterushöhle muss von der Totalexstirpation des Ut. von der Bauchhöhle aus abgesehen werden. Collum ut. wird mit einem Gummischlauch abgeschnürt, das corp. ut. abgesetzt. Cervixhöhle verschorft, dann vernäht. Bauchwunde geschlossen.	20. IX. † an diffuser eitr. Peritonitis.	† post op.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
54) Zi. Th. 63 J. alt.	Seit dem 18. J. regelmässig. Menopause mit 48 Jahren.	II	—	Seit 5 Wochen Abgang geronnen Blutes, übelriechend. J. U.: Portio in einen zerklüfteten, leic blutenden Tumor verwandelt. Corp. normal gross, gut beweglich. Bei Rectaluntersuchung fühlt man vom Ce vix abgehend nach links hinten ein bleistiftdicken gleichmässigen Strang Im übrigen sind die Parametrien fre
55) Am. M. 37 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig.	IX einmal Zwillinge	—	Seit einigen Monaten unregelmässi Blutungen, hie u. da weisser Ausflus Keine Schmerzen. J. U.: Von der vorderen Muttermund lippe hat sich ein blumenkohlartige fast die ganze Scheide ausfüllender, leic zerfallener und blutender Tumor en wickelt. Hintere Lippe grösstenteil gesund. Corp. ut. normal gross, ant flectiert. Nach rechts geht im Param trium ein ganz dünner, gleichmässi infiltrierter Strang nicht ganz bis a Becken herüber. Anhänge ohne abnormen Befund.
56) Brei. K. 56 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig. Menopause im 42. Jahre.	VII	1	Blutungen seit 1 Jahr; sehr stark. J. U.: Portio verkürzt; Muttermun quergespalten, für die Fingerkupp durchgängig. Corp. ut. vergrössert, weic beweglich. Aus dem Ut. entleert sic blutig-eitriger, übelriechender Ausfluss 2. V. 95. Auskratzung.
57) Bez. L. 48 J. alt.	Regelmässig. Seit dem 16. J. regelmässig. Menopause mit 48 Jahren.	?	—	Seit 3 Mon. unregelmässige Blutungen zuweilen Schmerzen. J. U.: Ut. nicht vergrössert, beweglic Portio zerklüftet durch einen von de Cervikalschleimhaut ausgehenden, mä sig derben, höckerigen, bei der Berü rung leicht blutenden Tumor, welch sich ziemlich weit nach links herüb erstreckt. Auf der linken Seite erschei das Parametr. kürzer als rechts, etwa verdickt, ohne dass man knollige Ve dickungen fühlen kann.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
rc. cerv.	14. IX. 94 Totalexstirpation per vag. Das Carc. geht nahe an die Blase heran u. hat auf beide Parametrien, bes. nach links übergegriffen. Bei dem Versuch, den Ut. zu invertieren, reisst die dünne Wand u. es entleert sich jauchiger Eiter. Links bleibt Tube u. Ovarium zurück, rdchts wird die knollig angeschwollene Tube entfernt. Wunde u. Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.	5. X. Entlassen: Keine besond. Beschwerden, doch in der granulierenden Wunde eine carcinom-verdächtige Stelle.	8. VIII. 96 Carcinoma recidiv. parametrii utriusque et vag. ant. † 11. XII. 96 Recidiv.
rc. port. vag.	5. XI. 94. Totalexstirpation ohne bes. Schwierigkeit. Beide Tuben u. Ovarien zurückgelassen. Wunde in der Mitte offen, mit Jodoformgaze tamponiert.	24. XI. 94 geheilt entlassen.	11. XII. 97. Keine Symptome. Recidivfrei.
rc. corp. ut.	4. V. 95. Totalexstirpation in üblicher Weise. Links bleibt Tube u. Ovarium zurück. Wunde in der Mitte offen. Parametrien sind frei. An der hinteren Uteruswand taubeneigrosser zerklüfteter Tumor; ferner 2 kleine etwa bohnengrosse Erhabenheiten, die sich als nicht bösartige Adenome erweisen.	26. V. 95 Entlassung geheilt.	11. XII. 97 recidivfrei.
rc. cerv.	29. V. Operation ohne irgendwelche Komplikation. Drainage der Wunde.	19. VI. 95 geheilt.	14. XII. 97 recidivfrei.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befu
58) Wei.M. 49 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig. Menopause mit 48 J.	I im 41. Jahre (Zange)	—	Kreuzschmerzen; starker blutiger A fluss. Ut. beweglich, weich, vergrössert. Parametrien frei, ohne jegl. Infiltrati 15. VI. 94. Probeauskratzung.
59) Frie.M. 39 J. alt.	Regelmässig. 1. Menstruat. mit 10 Jahren.	IX	I	Vor 4 Wochen starke Blutung na schwerer Arbeit. Pat. fühlt sich se schwach. Ut. vergrössert, derb, retrovertiert. V der vorderen Muttermundslippe fü man einen in die Scheide ragende ziemlich derben, zerklüfteten Tumo bei Berührung blutend, wallnussgros Parametrien erscheinen frei.
60) Schr. Fr. 63 J. alt.	Menopause seit 13 J.	IV	—	Seit $1^1/_2$ J. übelriechender, blutig wä seriger Ausfluss. J. U.: Am äussern Muttermund zie lich derbes, bei Berührung blutende zerklüftetes Geschwür, dessen Rände gewulstet sind. Ut. klein, beweglic Parametrien frei. Anhänge nichts Besondres.
61) Kö. M. 42 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig	II	—	Blutungen seit einigen Monaten, besc ders zur Zeit der Menses. Frostgefü J. U.: Ut. mässig vergrössert, beweg liegt etwas nach rechts. Portio ve kürzt, cylindrisch. Muttermund que gespalten. Von der hinteren Mutte mundslippe geht ein über wallnus grosser, bei der Berührung blutend Tumor mit höckeriger Oberfläche u ziemlich weicher Consistenz ziemli breit gestielt ab. Parametrien u. Anhänge frei.

ıgnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
e. corp. ut.	18. VI. 95. Totalexstirpation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Wunde in der Mitte offen; Jodoformgaze. Im aufgeschnittenen Uterus 2 welschnussgrosse, durch intakte Schleimhaut getrennte Carcinomknoten. Uteruswand am Fundus lässt zerfallenes Carcinomgewebe aus seinen Lymphgefässen herausdrücken. Periton. intakt. Parametrien erscheinen bei mikroskopischer Untersuchung zweifelhaft.	6. VI. 95. Wohlbefinden. Entlassung.	9. XII. 97. Recidivfrei.
e. cerv.	4. VII. 95 Totalexstirpation in üblicher Weise. Jodoformgaze in den in der Mitte befindlichen Schlitz. Vor der Operation Auskratzung und Verschorfung der carcinomat. Massen.	24. VII. geheilt.	Ueber Pat. war nichts mehr zu ermitteln.
e. cerv.	15. VII. 95. Totalexstirpation per vag. Zuvor Auskratzung u. Verschorfung des Carcinoms; alsdann die übl. Operation ohne besondere Schwierigkeit. Jodoformgaze in die Peritonealöffnung.	29. VII. geheilt entlassen.	13. XII. 97. Recidivfrei.
. port.	28. VIII. 95. Abtragung des Tumors der hinteren Muttermundslippe, sowie der vorderen Muttermundslippe. 31. VIII. Totalexstirpation glatt und ohne besondere Störung. Da eine Ligatur abgleitet, wird eine Billrot'sche Klammer angelegt. Hinter derselben Seidenligatur, Unterbindung des Stumpfes. Jodoformgaze in den Wundschlitz.	Nachblutung. Versuch. von unten die Blutung zu stillen, misslingt. Laparotomie. Collaps. Exitus letalis.	† Verblutung.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befund.
62) Do. B. 36 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig.	V	—	Seit 1/4 Jahr blutiger Ausfluss, Schmerzen im Kreuz, Drängen nach unten. J. U.: Ut. wenig vergrössert, nach hinten gelegen, schwer aufrichtbar. Portio cylindrisch. Am Muttermund, bes. an der hinteren Lippe, eine derbe, bei der Berührung blutende, über die Oberfläche nur wenig erhabene Verdickung, von leicht höckeriger Beschaffenheit. Untersuchung eines excidierten Stückchens ergibt: Carcinoma incipiens. Parametrien frei.
63) Hu. Chr. 41 J. alt.	Seit dem 14. Jahre; anfangs regelmässig, später nicht.	V	2	Schmerzen im Kreuz und Ausfluss. Portio nach vorn gerichtet. Muttermund quergespalten Portio im ganzen etwas kolbig verdickt. Von der hintern Muttermundslippe geht ein derber, taubeigrosser Tumor ab, dessen Oberfläche etwas höckerig ist, jedoch nicht zerfallen. Derselbe blutet leicht bei Berührung. Corp. retroflect., etwas vergrössert, weich. Parametrien und Anhänge frei.
64) Schm. Karol. Alter ?	Regelmässig.	I	—	Seit Wochen unregelmässige Blutungen keine Schmerzen. J. U.: Ut. wenig vergrössert, Cervix weich, verdickt. Muttermund für die Fingerspitze durchgängig. Im Cervix Wucherung der Schleimhaut, carcinomatös. Parametrien frei, ohne Infiltration.
65) Ste. Marg. 52 J. alt.	Seit 18. Jahre regelmässig.	VII	—	Seit 6 Wochen Schmerzen im Leib, starke Blutungen, Verstopfung. J. U.: An den Muttermundslippen fühlt man, besonders an der vorderen, ein kleinen, derben, höckerigen, leicht blutenden Tumor. Cervix von höckerigen Tumormassen erfüllt. Ut. klein, beweglich, normal gelegen. Parametrien frei.
66) Kai. A. 59 J. alt.	1. Menses mit 13 J., regelmässig. Menopause im 51. J.	V	—	Vor 6 Tagen Abgang von Blut und Eiter, stark übelriechend; keine Schmerzen. J. U.: Ut. klein, atrophisch. Cervix zu einen kleinen, von höckerigen, leicht blutenden und bröckeligen Massen erfüllten Trichter verwandelt. Parametrien rechts etwas infiltrirt und verkürzt, links frei. Ovarien atrophisch.

agnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
c. uteri ipiens.	27. I. 96. Totalexstirpation in üblicher Weise, Operation geht glatt von statten. Rechtes Ovarium bleibt zurück. In die Wunde Jodoformgaze.	14. II. geheilt.	15. XII. recidivfrei.
c. port.	19. V. Totolexstirpation in üblicher Weise. Ohne Störung und besondere Schwierigkeit. Linkes Ovarium in einen hühnereigrossen Tumor verwandelt, wird aber, da es die grosse Scheidenöffnung gegen die Peritonealhöhle abschliesst, zurückgelassen. Scheidentrichter beiderseits bis auf einen kleinen Spalt geschlossen.	5. VI. 96 geheilt.	† 9. XII. 97 an Recidiv.
c. cerv.	24. 2. 96. Totalexstirpation ohne besondere Schwierigkeit. Ovarien bleiben zurück. Tubenstümpfe mit Billrot'schen Klammern gefasst. Wunde in der Mitte offen; Jodoformgaze. Das Carc. durchsetzt die Cervixwand bis auf $^1/_2$ cm gesunden Gewebes.	14. III. 96 geheilt entlassen.	30. VIII. 97 Recidiv. † 12. I. 98. Metastasen im Periton. u. in der Blase.
c. cerv.	26. III. 96. Auskratzung und Verschorfung der carcinomat. Massen. Alsdann Totalexstirpation in üblicher Weise ohne besondere Schwierigkeit. Ovarien bleiben zurück. In die Wunde Jodoformgaze.	22. IV. 96 entlassen; wahrscheinl. besteht eine Ureteren-Scheiden-Fistel.	11. VII. 96 Operation der Fistel, frühere Wunde sehr schön geheilt. † Nov. 96 an Recidiv, das bes. auf die Blase übergegriffen hatte.
c. cerv. orp. ut.	4. V. Untersuchung in Narkose. Das Carcinom steht an der Grenze der Radikaloperation. 6. V. Totalexstirpation glatt und ohne Störung. Drainage der Wunde. Der aufgeschnittene Uterus erweist sich hoch bis in den Cervix carcinomatös entartet. Corpusschleimhaut zeigt ebenfalls carcinomatöse Wucherungen, derb und rauh. Im rechten Parametrium ebenfalls Krebszellnester.	† 8. V. 96. Croupöse Pneumonie. Sepsis.	† infolge der Operation.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung. Befu
67) Lo. M. 40 J. alt.	Seit 14. Jahre regelmässig.	V	1	Seit 5 Monaten unregelmässige Mens starker Ausfluss. 3 mal starke B tungen. J. U.: Ut. gut beweglich, glatte Schlei haut. Von der hinteren und vorde Muttermundslippe aus ragt in die Sche ein apfelgrosser, stark zerklüfte leicht blutender, bröckeliger Tum Parametrien frei, rechtes etwas g spannt. Anhänge ohne Befund.
68) Za. A. 58 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig. Menopause mit 53 J.	—	—	Seit 9 Monaten unregelmässige B tungen; dazwischen Ausfluss. Sta Abmagerung. Genitalbefund: Uterus retroponiert, weglich. Portio zapfenförmig, etw nach vorn gerichtet. Ovarien, Tuben, Parametrien ohne sonderen Befund. Auskratzung der Uterushöhle ergi Carcinom.
69) Zo. B. 62 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig. Menopause mit 56 J.	XI	—	Seit 8—9 Monaten Blutungen. J. U.: Uterus ziemlich klein, retrofl tiert, beweglich. Hintere Muttermund lippe stark vergrössert und verdick an ihrer Oberfläche ulceriert, leicht bl tend. Vordere Muttermundslippe nic zu fühlen.
70) Sto. M. 42 J. alt.	Mit 16. J. aufgetr. Seit 20. Jahre regelmässig.	XIV	1	Seit einem halben Jahre Schmerzen der Nabelgegend. J. U.: Ut. vergrössert, normal gelege ziemlich bewegl. Portio verdickt, kn lig aufgetrieben. Rechtes Parametri etwas verdickt und verkürzt. Rechte Tube verdickt. Ovarien oh besonderen Befund.
71) Schl. Sof. 52 J. alt.	Menses stets regelmässig vom 18. J. an. Menopause mit 42 J.	IV	1	Seit einigen Monaten unregelmässi Blutungen. Schmerzen in der recht Seite und im Kreuz. J. U.: Uterus mässig beweglich. Hi tere und vordere Muttermundslippe g bildet von einem apfelgrossen, sta zerklüfteten, höckerigen, leicht blute den Tumor. Parametrien dick, ab nicht knollig infiltriert. Tuben, Mutterbänder, Ovarien ohne b sonderen Befund.

gnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
. port.	14. XII. Auskratzung und Verschorfung der carcinomatösen Massen. Totalexstirpation in üblicher Weise mit Klemmen. Das rechte Parametrium muss direkt am Uterus abgetragen werden wegen seiner Verkürzung, sodass wohl etwas carcinomatöses Gewebe zurückgelassen werden muss. Mit dem Uterus werden beide Ovarien und Tuben vollständig entfernt. In die Wunde kommt Jodoformgaze.	8. I. 97. Entlassung. Rechts eine kleine Resistenz, wahrscheinlich beginnendes Recidiv.	† 2. XI. 97 an Recidiv.
. corp. it.	15. I. 97. Totalexstirpation mit Klemmen glatt und ohne Störung. Anhänge links bleiben zurück. Jodoformgaze bis an die Spitze der Klemmen. Am 4. Tag Abnahme der Klemmen.	5. II. 97. Scheidentrichter vollständig geschlossen. Geheilt entlassen.	9. X. 97 † an Recidiv.
. port. ag.	6. II. 97. Zunächst Verschorfung des Carcinoms, dann Totalexstirpation mit Klemmen. Operation rasch und glatt; im ganzen waren nur 4 Klammern notwendig. In den Scheidentrichter Jodoformgaze. Nach 48 Stunden Entfernung der Klemmen.	27. II. geheilt entlassen.	13. I. 98 recidivfrei.
. cerv.	15. IV. 97. Totalexstirpation per vag. ohne besondere Schwierigkeit in üblicher Weise. In die kleine Scheidenwunde Jodoformgaze.	5. V. 97 entlassen vollständig beschwerdefrei geheilt.	2. I. 98 recidivfrei.
roid ortio.	3. V. 97. Zunächst Abkratzung und Verschorfung der Cancroidmassen. Beim Versuch per vag. die Parametrien abzubinden, kommt man zur Ueberzeugung, dass man der Neubildung zu nahe bleibt. Daher Laparotomie in Beckenhochlagerung. Parametrien möglichst weit nach aussen abgetragen. Durch die Scheide wird ein Jodoformgazestreifen von der Bauchhöhle aus durchgezogen.	† 5. V. 97 an eitriger Peritonitis.	† infolge der Operation.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung Bef
72) Ru. E. 61 J. alt.	Menopause seit einigen Jahren.	unbekannt.		Blutungen seit 1 Jahr. Befund: Aus dem Cervikalkanal la sich carcinomatöse Bröckel entfer Ut. ziemlich klein, mässig beweg Parametrien verdächtig.
73) Schr. M. 58 J. alt.	Seit 18. Jahre regelmässig seit 5 Monaten unregelm.	X	1	Blutung und Ausfluss seit 3 Mon ohne Schmerzen. J. U.: In die Scheide ragt ein e apfelgrosser Tumor mit stark zerk teter, bei der Berührung leicht bl der Oberfläche. Dieser Tumor entsp der vordern und hintern Muttermu lippe. Anhänge ohne besonderen Befun
74) Ro. A. 48 J. alt.	unbekannt. (fehlt in der Anamnese.)			Untersuchung in Narkose: Uterus et vergrössert, beweglich, links ein u fähr apfelgrosses, sehr hartes M Probecurettement. Untersuchung erg Carcinom.
75) Do. K. 46 J. alt.	Seit dem 19. J. ziemlich regelmässig.	V	—	Seit 3 Monaten in poliklinischer handlung wegen Schmerzen im Unterl J. U.: Portio nach vorn gerichtet, k big, ziemlich verdickt. Oberfläche r Uterus vergrössert, retrovertiert, lei aufrichtbar, beweglich. Anhänge ohne besonderen Befun Untersuchung excidierter Stückchen gibt: Carcinom.
76) We.M. 54 J. alt.	Seit dem 18. J. ziemlich regelmässig.	XIII.	3	Seit 3 Wochen Abgang von bluti Schleim. J. U.: Uterus normal gelegen, gut weglich, ziemlich klein. Aeusse Muttermund geöffnet. In demsel kommt man auf eine ringsum ra Fläche, welche leicht blutet. Es las sich kleine Stückchen abbröckeln. Li und hinten vom Uterus fühlt man V dickungen. Tuben, Mutterbänder, Ovarien ohne sonderen Befund.

nose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
port. teri.	1. V. 97. Totalexstirpation in typischer Weise. Auffindung des Douglas macht grosse Schwierigkeiten. Es wird endlich auf eine verschiebliche Partie eingeschnitten, es zeigt sich aber, dass das Rectum eröffnet ist. Sofortige Vernähung desselben. Ovarien bleiben zurück. In die kleine Wunde Jodoformgaze.	† 6. V. 97. Eitrig-fibrinöse Peritonitis.	† infolge der Operation.
roid rtio.	5. V. 97. Totalexstirpation. Zuvor Verschorfung des Carcinoms. Abbindung der Parametrien weit vom Uterus gelingt leicht. Scheidentrichter bis auf ein kleines Loch geschlossen. Jodoformgaze.	25. V. 87 geheilt entlassen.	8. IX. 97 Recidiv. 22. IX. 97 †.
corp. yoma	24. VI. 97. Zunächst Entfernung eines ca. 5 Pfennigstück grossen carcinomatösen Ulcus der hintern Scheidenwand in der Nähe des Frenulums. Totalexstirpation per vag. begonnen, wird aber, da sich der Uterus absolut nicht tiefer ziehen lässt, jedenfalls wegen des Myoms, per laparotomiam beendigt. Uterus sehr brüchig, reisst ein beim Emporziehen. Es ergiesst sich Jauche in die Bauchhöhle. Das Myom ist ganz verkalkt. Nach der Scheide zu Jodoformgaze eingelegt.	20. VII. 97 geheilt entlassen.	24. IX. 97. Carcinom der Vulva. Exstirpation. 15. XII. 97. Recidivfrei.
cerv.	3. VII. 97. Totalexstirpation mit Klemmen. Im Anfang glatt und ohne Störung. Wegen Blutung sind 14 Klemmen nötig. Kräftige Tamponade. Nach 48 Stunden Entfernung der Klemmen.	22. VII. entlassen. Uebelriechender Ausfluss.	14. XII. 97. Pat. stellt sich vor, wird als recidivfrei befunden.
cerv.	6. VII. 97. Totalexstirpation gelingt leicht. Nichts besondres. Scheidentrichter in der Mitte offen, Jodoformgaze.	25. VII. geheilt entlassen.	13. XII. 97 recidivfrei.

Name Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens. Etwaige vorherige Behandlung. Befund.
77) Ma. K. 46 J. alt.	Seit 17. J. regelmässig Seit 4 Mon. bleiben die Menses aus.	V	2	Blutung nach der Cohabitation. Pat. kommt auf Veranlassung des Arztes. J. U.: Ut. etwas vergrössert, antefl. tiert, normal beweglich. Kleine Erosion. In der vordern Muttermundslippe ca. haselnussgrosser, derber Knoten. Oberfläche etwas ulceriert, speckig belegt, bei der Berührung blutend.
78) Ob. M. 38 J. alt.	Menses bestehen seit dem 16. J., immer unregelm.	II	—	Der behandelnde Arzt, welcher bei d. Pat. ein kleines Gewächs entfernt haben soll, schickt dieselbe in die Kli. J. U.: Ut. normal beweglich, antefl. tiert, etwas vergrössert. Portio sr. kolbig aufgetrieben; hauptsächlich na. links. Oberfläche rauh, nicht blut. Anhänge ohne besonderen Befund.
79) Sto. E. 49 J. alt.	Seit dem 14. J. regelmässig.	IX	—	Seit ungefähr 10 Mon. ausserordentli. profuse Menses, 14 Tage bis 3 Wo. dauernd. Ihr Arzt schickt sie in. Klinik. Portio gross, plump, hart mit enge. unregelmässig gestaltetem Muttermu. Cervix verdickt und hart. Ut. vergr. sert und hart, retrovertiert, gut bewe. lich. Sonde ($8^1/_2$ cm) findet in. Uterushöhle starke, derbe Rauhigkeit. die bei der Berührung ziemlich sta. bluten. Oberfläche des Ut. vollkomm. glatt. In der Basis des linken lig. lat. eini. derbe, straffe Stränge.
80) Ueb. Barb. 39 J. alt.	Seit dem 15. J. regelmässig.	—	—	Seit 6 Wochen andauernd Blutabga. Keine Schmerzen. J. U.: Auf der Portio von der link. und hintern Begrenzung des Mutt. munds ausgehend ein hühnereigross. an der Oberfläche stark zerfalle. leicht blutender Tumor, der stark in. Scheide vorspringt, sodass die vord. Muttermundslippe fast ganz verde. wird. Cervix hart, verdickt. Ut. ret. flectiert, lässt sich nicht aufrichten. Rechtes Lig. lat. straff, verkürzt, ke. Anschwellungen. Linkes lig. verdic. straff; seitlich vor spina ischii der. Knoten, kaum beweglich. Tuben u. Ovarien dieser Seite wenig beweglich. scheinen verwachsen zu sein.

gnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
. cerv.	14. VII. 97. Totalexstirpation mit Klemmen in üblicher Weise und ohne besondere Schwierigkeit. Nach 3 Tagen Entfernung der Klemmen.	1. VIII. 97. Entlassung geheilt.	13. XII. 97. Recidivfrei.
. cerv.	8. VII. Totalexstirpation mit 6 Klemmen; bietet keine Schwierigkeit. Tamponade und Polsterung mit Jodoformgaze. 10. VII. Entfernung der Klemmen.	28. VII. Entlassung geheilt.	13. XII. 97. Pat. stellt sich vor. Es wird Recidiv konstatiert.
. corp.	28. VII. Totalexstirpation macht ziemliche Schwierigkeiten wegen der erwähnten derben Stränge. Uterus mit Adnexen entfernt. Scheidenwunde geschlossen.	17. VIII. Wunde tadellos geheilt, entlassen.	17. XII. 97. Recidivfrei.
. port. ag.	Operation beschlossen, weil die Veränderungen am l. lig. nicht sicher als carcinomatös erscheinen. 14. VIII. 97. Totalexstirpation. Zunächst nach üblicher Vorbereitung tiefe Scheiden-Dammincision links. Eröffnung des Douglas schwierig wegen zahlreicher intraperitonealer Adhäsionen. Abbindung der Parametrien mit Klemmen möglichst weit entfernt. Der erwähnte Knoten lässt sich nicht entfernen. Scheiden- und Peritonealwunde abgeschlossen.	5. IX. 97. Pat. fühlt sich wohl u. wird entlassen.	14. XII. 97. Recidiv. Abermalige Aufnahme.

Name, Alter	Menses	Geburten normale	Geburten Fehlgeb.	Beschwerden. Dauer des Leidens Etwaige vorherige Behandlung. Befu
81) Hei. Marg. 34 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	VI	—	Seit 5 Mon. unregelmässige Blutung J. U.: Portio stark verdickt, um Dreifache vergrössert. Saum des M termundes unregelmässig gestaltet du eine harte, aus dem Cervikalkanal h auswachsende Neubildung. Cervix das Dreifache verdickt, Uteruskör vergrössert und hart, schwer bewegli An Stelle des Cervikalkanals eine we starkwandige Höhle mit zerfallene Wandungen, die teilweise von lei abbröckelnden Teilen der Neubildu bedeckt sind. Die beiden Parametri sehr straff. Nach links hin erschei die Neubildung die Wand des Cerv bereits überschritten zu haben, desse hintere Wand auch sehr stark verkü ist. Knollige Verdickungen in den P rametrien nicht nachweisbar.
82) Ber. A. 62 J. alt.	Bis zum 53. J. regelmässig.	XI	—	Seit 10 Wochen Abgang von Blut un Wasser. J. U.: An Stelle der Portio eine z fallene Neubildung mit scharfen inf trierten Rändern, die nach linkshin a das Scheidengewölbe übergreift. Cervi verdickt, Aussenfläche glatt. Corpu gut beweglich. Tuben und Ovarien oh path. Befund. Rechtes Parametri dünn, zart, gut dehnbar; linkes unm telbar am Abgang vom Ut. leicht ve dickt, im übrigen straff, hart und etwa verkürzt. Keine knolligen Verdickunge
83) Woe. Bh. 43 J. alt.	Seit 16. Jahre regelmässig.	IX	—	Seit nahezu 1 Jahr starke Blutung; vo Arzt mit Tropfen behandelt. J. U.: An Stelle der Portio ein i Ganzen rundlicher Tumor von der Gröss eines Borstorfer Apfels; ziemlich derb Konsistenz, an der Oberfläche vielfa zerfallen, leicht blutend. Die Neub dung greift ringsum mit scharfer Gren auf das Gewebe der Portio über, läss jedoch allenthalben das Scheidengewölb völlig frei. Cervix stark verdickt un hart. Corpus anteflectiert, mässig gu beweglich.

gnose	Operation	Unmittelbarer Erfolg	Weiterer Verlauf.
cerv.	16. VIII. 97. Wegen der Grösse und schweren Beweglichkeit des Ut. und anderer im Befund angegebenen Schwierigkeiten wird die abdominale Exstirpation ausgeführt. Dieselbe macht aber auch noch ziemliche Schwierigkeiten. Neubildung geht hinten und vorn bis ans Peritoneum heran. Abbindung auf beiden Seiten möglichst weit vom Uterus. Bauchwunde durch tiefgreifende Silberdrähte geschlossen.	3. IX. entlassen mit völligem Wohlbefinden.	18. XII. 97. Recidivfrei.
cerv.	27. VIII. Totalexstirpation per vag. nicht ohne Schwierigkeit. Peritoneum und Scheidenwunde mit Catgutnähten abgeschlossen. Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.	15. IX. geheilt entlassen.	5. I. 98. Recidivfrei.
cerv.	2. XII. 97. Totalexstirpation per vag. in üblicher Weise ohne Störung. Schluss der Wunde mit Catgutnaht.	28. XII. entlassen. Abgang von Urin.	Bis jetzt recidivfrei.

Tabelle II. (a.)

Carcinoma portionis.

Zeitraum der Operation Zahl und Form des Carcinoms	† im Anschluss an die Operat.	Verschollen	† an andern Krankheiten	Recidiv	† an Recidiv	Z… Z… ge…
Summa 0						
1. I. 87 bis 31. XII. 87	—	—	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 88 bis 31. XII. 88	1	—	—	—	1	—
Summa 6						
1. I. 89 bis 31. XII. 89	1	—	—	—	3	—
Summa 4						
1. I. 90 bis 31. XII. 90	—	—	2	—	2	—
Summa 0						
1. I. 91 bis 31. XII. 91	—	—	—	—	—	—
Summa 4						
1. I. 92 bis 31. XII. 92	1	—	—	—	1	[illegible]
Summa 5						
1. I. 93 bis 31. XII. 93	2	—	1	1	—	[illegible]
Summa 3						
1. I. 94 bis 31. XII. 94	—	—	—	1	—	[illegible]
Summa 1						
1. I. 95 bis 31. XII. 95	1	—	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 96 bis 31. XII. 96	—	—	—	—	2	—
Summa 5						
1. I. 97 bis 31. XII. 97	1	—	—	1	1	[illegible]

Tabelle II. (b.)

Carcinoma cervicis.

aum der Operation Zahl Form des Carcinoms	† im Anschluss an die Operat.	Verschollen	† an andern Krankheiten	Recidiv	† an Recidiv	Zur Zeit gesund
Summa 0						
. 87 bis 31. XII. 87	—	—	—	—	—	—
Summa 1						
. 88 bis 31. XII. 88	1	—	—	—	—	—
Summa 0						
. 89 bis 31. XII. 89	—	—	—	—	—	—
Summa 1						
. 90 bis 31. XII. 90	—	—	—	—	1	—
Summa 5						
91 bis 31. XII. 91	1	1	—	—	2	1
Summa 2						
92 bis 31. XII. 92	—	—	—	—	2	—
Summa 3						
93 bis 31. XII. 93	—	—	1	—	1	1
Summa 5						
94 bis 31. XII. 94	—	1	—	—	1	3
Summa 3						
95 bis 31. XII. 95	—	1	—	—	—	2
Summa 2						
96 bis 31. XII. 96	—	—	—	—	2	—
Summa 8						
97 bis 31. XII. 97	—	—	—	—	—	8
Carc. port. et cerv.					1	

Die primären Resultate der 63 Totalexstirpationen bei Columkarcinom weisen eine Mortalität von 9 Fällen oder 14,2 % auf. 5 Todesfälle erfolgten an Infektion (Peritonitis); darunter ist ein Fall, bei dem nachträglich wegen Blutung die Laparotomie ausgeführt wurde. 4 Todesfälle waren durch Shock und Blutung verursacht.

Auf die einzelnen Carcinom-Formen verteilen sich die Todesfälle derart, dass die reinen Portiokarcinome mit 7 oder 11,1 %, die reinen Cervixkarcinome mit 2 oder 3,1 % letaler Ausgänge beteiligt sind.

Verschollen sind 2, gestorben an andern Krankheiten oder unbekannter Ursache 4 Frauen.

Was die sogenannten Dauerresultate anlangt, so bekamen Rezidiv im 1. Jahr von 54 Fällen 19 oder 35,1 %; im 2. Jahr von 25 Fällen 3 oder 12 %; im 3. Jahr von 22 Fällen 1 oder 4,5 %. Nach dem 3. Jahr wurden keine Rezidive mehr beobachtet. Im ganzen wurden von 48 in Betracht kommenden Fällen 23 oder 47,8 % rückfällig.

Rezidivfrei waren nach Ablauf des 1. Jahres von 35 Fällen: 27 oder 77,1 %.

Nach	2	Jahren	waren	noch	rezidivfrei	15
„	3	„	„	„	„	12
„	4	„	„	„	„	6
„	5	„	„	„	„	5
„	6	„	„	„	„	3
„	7	„	„	„	„	2
„	8	„	„	„	„	2.

Im ganzen sind bis heute rezidivfrei, eingerechnet die Fälle von 1897, 23 oder 40,3 %.

Wegen Corpuskarcinom wurde 16 mal die vaginale Totalexstirpation vorgenommen, 4 mal die abdominale so dass im Ganzen 20 Radikaloperationen bei Carcinoma corperis ausgeführt wurden.

Tabelle III.

Carcinoma corporis.

Zeitraum der Operation Zahl und Form des Carcinoms	† im Anschluss an die Operat.	Verschollen	† an andern Krankheiten	Recidiv	† an Recidiv	Zur Zeit gesund
Summa 2						
1. I. 87 bis 31. XII. 87	—	—	1	—	—	1
Summe 1						
1. I. 88 bis 31. XII. 88	—	1	—	—	—	—
Summa 0						
1. I. 89 bis 31. XII. 89	—	—	—	—	—	—
Summa 1						
1. I. 90 bis 31. XII. 90	—	—	—	—	1	—
Summa 4						
1. I. 91 bis 31. XII. 91	2	—	1	—	—	1
Summa 2						
1. I. 92 bis 31. XII. 92	—	—	—	—	1	1
Summa 1						
1. I. 93 bis 31. XII. 93	—	1	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 94 bis 31. XII. 94	2	—	—	—	—	—
Summa 2						
1. I. 95 bis 31. XII. 95	—	—	—	—	—	2
Summa 2						
1. I. 96 bis 31. XII. 96	1	—	—	—	—	1
Summa 3						
1. I. 97 bis 31. XII. 97	1	—	—	—	1	1

An den Folgen der Operation starben 6 Frauen, darunter die 4, bei welchen die Laparotomie gemacht wurde, an Peritonitis. Nach Abzug der Verschollenen und der an anderen Krankheiten Gestorbenen kommen nur noch 11 in Betracht.

Im 1. Jahr wurden rückfällig 1 oder 9,9 %. Im ganzen wurden rückfällig 4 oder 36,3 %.

Die Prozentzahlen der Heilung sind nach Ablauf des 1. Jahres von 10 in Betracht kommenden Fällen 10 oder 100 %.

Nach Ablauf des 2. Jahres von 10 Fällen 7 oder 70 %.

Nach 3 Jahren waren noch rezidivfrei 4
„ 4 „ „ „ „ 3
„ 5 „ „ „ „ 2
„ 6 „ „ „ „ 2
„ 7 „ „ „ „ 1
„ 8 „ „ „ „ 1
„ 9 „ „ „ „ 1
„ 10 „ „ „ „ 1

Gegenwärtiges Heilungsresultat: Im ganzen sind noch rezidivfrei 7 oder 43,7 %.

Nehmen wir Collum- und Corpuskarcinome zusammen, so sind im Ganzen noch rezidivfrei 30 oder 40,1 % (nach Abzug der Verschollenen.) Dabei sind jedoch auch die Fälle vom Jahr 97 mitgerechnet, bei welchen seit dem Zeitpunkt der Operation meist noch kein ganzes Jahr verflossen ist.

Um ein klares Bild zu gewinnen über den Verlauf der Fälle, die länger als ein Jahr rezidivfrei blieben, lassen wir eine Rezidivtabelle folgen. Auch hier sind die zuletzt Operierten mit aufgeführt.

Recidivtabelle (IV.)

Namen.	Jahr und Monat der Operation.	Art des Carcinoms.	Befinden nach Jahren												
			½	1	1½	2	2½	3	4	5	6	7	8	9	10
). B.	V. 87.	Carc. corp.	g	g	† R										
h. A.	87.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g
. A.	V. 89.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
i. A.	III. 89.	Carc. port.	g	g	g	g	† R								
). B.	XII.89.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
her. K.	V. 90.	Carc. port.	g	g	† R										
i. A.	V. 91.	Carc. cerv.	g	g	R	†	g	g	g	g	g	g	g		
. M.	IV. 91.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. M.	IX. 91.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
ö. K.	II. 92.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
nsch. K.	IV. 92.	Carc. adenom.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. E.	VII.92.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. K.	XI. 92.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
hm. B.	I. 93.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. S.	XII.93.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
hmi. D.	I. 94.	Carc. port.	g	g	g	† R									
n. M.	I. 94.	Carc. corp.	g	g	g	† R									
l. M.	II. 94.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. E.	V. 94.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. B.	V. 94.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
g. Fr.	V. 94.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
n. M.	X. 94.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
ei. K.	IV. 95.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
z. L.	V. 95.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
ei. M.	VI. 95.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
hwei. F.	VII.95.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. B.	I. 96.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
.. Chr.	V. 96.	Carc. corp.	g	g	† R										
. B.	II. 97.	Carc. port.	g	g											
M.	IV. 97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. A.	VI. 97.	Carc. corp.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. K.	VI. 97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
e. M.	VII.97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. K.	VII.97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
E.	VII.97.	Carc. port.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
i. M.	VIII.97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
. A.	VIII.97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		
ö. B.	XI. 97.	Carc. cerv.	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g	g		

Aus unserer Zusammenstellung ersehen wir, dass im Ganzen 15 oder 18,7 % aller Fälle im Anschluss an die Operation starben. Als Todesursachen sind auch hier zu bezeichnen die 2 Hauptgefahren: Infektion und Blutung.

Winter schreibt in seinem Aufsatz: „Ueber die Schrödersche supravaginale Amputation bei Portiokarcinom“:

Eine lebenssichere Operation wird die Totalexstirpation ebenso wenig, vielleicht noch weniger als die Ovariotomie. Zuweilen werden Todesfälle durch Infektion nicht ausbleiben; jauchende Karcinommassen und Pyometra erleichtern das Zustandekommen. Ureterenunterbindung kommt ebenfalls vor. Reichel hat uns im Ileus, welcher durch Verlötung von Darmschlingen im Douglas entsteht, eine neue Gefahr der Totalexstirpation kennen gelehrt. Solche Todesfälle werden nicht ausbleiben und von Zeit zu Zeit wird vor allem die infektiöse Peritonitis noch Opfer fordern.

Aus der Statistik ergibt sich weiter, dass entschieden die meisten Rezidive, 21 oder 35,6 %, im 1. Jahr auftraten, dass sie dann von Jahr zu Jahr seltener werden und dass nach dem 5. Jahr überhaupt kein Rückfall mehr beobachtet wurde.

Im Anfang sprach man die 2 volle Jahre vom Rezidiv Verschonten als endgiltig geheilt an; man war aber genötigt, mit längerer Beobachtung den Termin weiter hinauszurücken. Jetzt ist man dahin gelangt, die 5 Jahre Freibleibenden als geheilt anzusehen. Dieser Termin dürfte denn auch nach den Ergebnissen der dauernden Kontrole der Operierten genügend weit gesetzt erscheinen. In diesem Sinne dürfte unsre Statistik in gewissem Grade als Bestätigung der gefundenen Thatsache gelten.

Allein herzlich wenig sind es, welche diesen fernen Zeitpunkt andauernder Heilung erreichen. Aus allen Statistiken lässt sich erkennen, dass kaum 30 % der Operierten 5 Jahre gesund bleiben, dass überhaupt noch keine 10 % aller an Gebärmutterkrebs leidenden Frauen einer radikalen Heilung teilhaftig werden.

Wenn nun auch die Erfolge keine glänzenden sind, wenn auch nach 2 Jahren beinahe die Hälfte der Operierten dem tückischen Rückfall verfällt, so haben wir doch nicht im Mindesten die Berechtigung hier pessimistische Ansichten Platz greifen zu lassen, zu behaupten, man habe den Kranken durch die Operation nichts genützt. Die Kunst des Arztes besteht nicht nur darin, den kranken Menschen vollständig und dauernd zu heilen, sondern auch darin, ihm das Leben zu verlängern und ihm seine Qual und Beschwerden zu erleichtern. Den Operierten ist doch mit wenigen Ausnahmen Monate, selbst Jahre lang das Bewusstsein der wieder erlangten Gesundheit geschenkt. Ausserdem ist es eine unzweifelhafte Thatsache, dass der grossen Mehrzahl der Patientinnen, auch wenn sie nachher an Rezidiv erkranken, der Rest ihres Lebens erheblich erleichtert wird.

Olshausen schreibt hierüber in seinen klinischen Beiträgen zur Gynäkologie und Geburtshilfe: „Auf die Operation folgt fast stets ein beschwerdefreies längeres Stadium, während vorher Blutungen, Ausflüsse und Schmerzen die Kranken quälten. Kommt aber das Rezidiv, das meist ausserhalb der verschlossenen Vagina als Infektionsrezidiv erfolgt, so treten dann wohl etwas blutwässerige Absonderungen auf, aber selten jene furchtbar stinkenden Ausflüsse, wie sie dem zerfallenen Karcinom eigen sind. Besonders scheinen auch die Schmerzen ungleich unerheblicher zu sein und für lange Zeit zu bleiben.“

Die Klage über den verhältnismässig geringen Erfolg bei der heutigen Operationstechnik wird zum Teil hinfällig und die Sache erscheint in ganz anderem Lichte, wenn man bedenkt, dass im Durchschnitt 70 Prozent aller dieser Kranken inoperabel zur ersten Untersuchung kommen und dass von den übrigen 30 % ein gut Teil keine reinen Fälle vorstellt, insoferne bei ihnen durch die Untersuchung und die Operation zur Evidenz festgestellt wurde, dass der Krebs die Grenzen des Uterus bereits überschritten hatte bezw. so nahe der Exstirpationslinie gekommen war, dass von einem Operieren im Gesunden gar nicht die Rede sein konnte.

Dass die meisten Karcinome zu spät zur Operation kommen, ist eine zweifellos feststehende Thatsache und man fragt sich: Woher kommt das?

Die Hauptschuld liegt entschieden an den Kranken selbst, ein Teil derselben aber auch an der falschen Behandlung, an der zu spät gestellten oder verfehlten Diagnose.

Bei den meisten Frauen sind Unkenntnis, Nachlässigkeit oder falsche Belehrung durch andere die Gründe, welche sie abhalten, einen Arzt zu befragen. Die im Anfang geringe Blutung wird nicht beobachtet; die Frauen bei denen schon längst Menopause besteht, glauben, ihre Periode sei wieder eingetreten.

Insbesondere trifft dieses zu für das Material der hiesigen Klinik, die fast ausschliesslich durch Frauen vom Land und zwar aus den niedersten Klassen der Bevölkerung frequentiert wird. Da wird schon aus pekuniären Rücksichten die Befragung des Arztes möglichst weit hinausgeschoben, in der Hoffnung, das Leiden vergehe wieder von selbst. Es ist klar, dass dem gegenüber das Material der Kliniken in grösseren Städten ungemein viel günstiger ist bezüglich initaler Fälle.

Interessante Beobachtungen über die Zeitdauer vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Befragen des Arztes von seiten der Kranken hat Thorn angestellt. Von 226 Kranken suchten 23 gleich nach den ersten Symptomen ärztliche Beratung, 13 liessen einen Monat vergehen, 29 zwei Monate, 41 drei, 25 vier, 13 fünf, 27 sechs, 9 sieben, 12 acht, 8 neun, 2 zehn, 2 elf, 11 zwölf Monate und 11 Kranke warteten über 1 Jahr, ehe sie sich zum ersten Gang zum Arzt bequemten. Diese Zahlen reden mehr als alles andere von der unglaublichen Sorglosigkeit und Nachlässigkeit der Krebskranken.

Angesichts dieser betrübenden Thatsache, drängt sich uns die weitere Frage auf, ob sich denn die Prognose noch besser wird gestalten können. Inwiefern diese Frage zu beantworten ist, wollen wir am Schlusse dieser Arbeit noch erörtern.

Der Beweis von der endgiltigen Heilbarkeit des auf den Uterus völlig beschränkten Karcinoms ist erbracht und durch unsere Statistik vollauf bestätigt. Die moderne Gynäkologie verfügt über Operationsmethoden, die allen reinen Fällen gerecht werden. Es ist jedoch nötig, auf den bisher betretenen Bahnen fortzuschreiten und weiter zu arbeiten, um die oben erwähnten Misstände zu beseitigen und günstigere Verhältnisse herbeizuführen. Auf welche Weise dies Ziel zu erreichen wäre, darüber äussert sich Thorn am Ende seines Aufsatzes: „Statistisches und Klinisches zum Karcinoma uteri“: Alles Heil ist auch hiefort nicht von riskanten Operationen, sondern allein von der frühzeitigsten Diagnose zu erwarten. Was an Hilfsmitteln dazu nötig ist, gibt die heutige Schule jedem Arzt in völlig ausreichendem Maße in die Praxis mit. Macht ein jeder in seinem Kreise vollen Gebrauch davon und lässt er es sich besonders angelegen sein, den Kampf gegen alte Vorurteile, Unwissenheit und Nachlässigkeit seiner Schutzbefohlenen energisch durchzufechten, namentlich in den kritischen Jahren jede Gelegenheit zur Aufklärung und Mahnung zu benutzen und auch da, wo scheinbar kein Symptom, keine Klage der Hilfesuchenden auf ein Leiden der Genitalsphäre hindeutet, wo aber doch die entfernte Möglichkeit eines solchen nicht von der Hand zu weisen ist, sich volle Klarheit zu verschaffen, so wird der Erfolg eines solch' sorgsamen Waltens seines Amtes nicht ausbleiben und sein Verdienst wird kein geringeres sein, als das des Operateurs, der Dank seiner Hilfe den früh erkannten Krebs ausrottet. Wie viel Segen ruht in solcher Thätigkeit des Hausarztes bei einem Leiden, das an Grausamkeit alle andern übertrifft. Auch die Prognose des Gebärmutterkrebses liegt, um einen bekannten Ausspruch Richard v. Volkmann's zu übertragen, in der Hand der Hausärzte. Möchte es ihnen gelingen, sie immer günstiger zu gestalten und möge ihre Mitarbeit der operativen Gynäkologie, die vorläufig an der Grenze des Erreichbaren angelangt zu sein scheint, zu neuen Lorbeeren verhelfen.

Litteraturverzeichnis:

Schmidt, Diss., Erlangen 1894.

Schaller, Diss., Berlin 1890—91.

Münch. med. Wochenschrift. Jahrgang 44. No. 45, 46, 47. Thorn: Statistisches und Klinisches zum Carcinoma uteri.

Archiv für Gynäkologie. 1892. Rich. Kruckenberg: Resultate der operat. Behandlung des Carcinoms und Sarcoms der Gebärmutter, speciell der vaginal. Totalexstirpation des Uterus.